**[MA-PD HMO (and HMO-POS, I-SNPs, C-SNPs) templates]  
[2013 ANOC template]**

***[Insert 2013 plan name] ([insert plan type]) es ofrecido por [insert sponsor name]***

**Aviso Anual de Cambios para 2013**

[***Optional:*** *insert beneficiary name*]  
[***Optional:*** *insert beneficiary address*]

Actualmente, usted está inscrito como miembro de *[insert 2013 plan name]*. El próximo año, se producirán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este manual le informa acerca de los cambios.*

* **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

|  |
| --- |
| **Recursos adicionales**   * [*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* *Esta información se encuentra disponible gratis en otros idiomas. Comuníquese con nuestros Servicios para Miembros al [insert phone number] para obtener información adicional.* Los usuarios de TTY deben llamar al *[insert TTY number]*. Las horas de atención son *[insert days and hours of operation]*.] Los Servicios para Miembros [*plans that meet the 5% threshold insert:* también] tienen servicios de intérpretes de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés *[plans that meet the 5% threshold delete the rest of this sentence:]* (los números de teléfono se encuentran en la Sección 8.1 de este manual) * *[Plans that meet the 5% threshold insert the paragraph above in all applicable languages.]* * *[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., Braille, large print, audio tapes) as applicable.]*   **Acerca de *[insert 2013 plan name]***   * *[Insert Federal contracting statement.]* * (Cuando este manualdice“nosotros” o “nuestro”, significa *[insert sponsor name].* Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa *[insert 2013 plan name].*) |

*[Insert as applicable: [insert Material ID]* Aprobado por CMS [MMDDYYYY] *OR [insert Material ID]* Archivar y usar[MMDDYYYY]*]*

Piense en su cobertura de Medicare para el próximo año

En el otoño de cada año, Medicare le permite cambiar su cobertura de salud y medicamentos durante el Período de inscripción anual. Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que va a satisfacer sus necesidades el próximo año.

|  |  |
| --- | --- |
| Pasos importantes a seguir:   * **Consulte los cambios a nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.** ¿Los cambios afectan los servicios que utiliza? Es importante que revise los cambios a beneficios y costos para asegurarse de que le resulten convenientes el próximo año. Consulte las secciones *[insert section number]* y *[insert section number]* para obtener información acerca de los cambios a beneficios y costos de nuestro plan. * **Consulte los cambios a nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.** ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Están en un nivel distinto? ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? Es importante que revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos le resulte conveniente el próximo año. Consulte la Sección *[insert section number]* para obtener información acerca de los cambios en nuestra cobertura de medicamentos. * **Consulte si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.** ¿Están sus médicos en nuestra red? ¿Y los hospitales u otros proveedores que usted utiliza? Consulte la Sección *[insert section number]* para obtener información acerca de nuestro Directorio de proveedores. * **Piense acerca de sus costos totales en el plan.** ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que utiliza normalmente? ¿Cuánto gastará en su prima? ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura de Medicare? * **Piense si se siente feliz con nuestro plan.** | |
| **Si desea permanecer en  *[insert 2013 plan name]*:**  Si desea permanecer con nosotros el próximo año, es fácil: no debe hacer nada. Si no realiza cambios antes del 7 de diciembre, permanecerá inscrito en nuestro plan de manera automática. | **Si decide cambiar de plan:**  Si decide que otro plan dará más satisfacción a sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si se inscribe en un nuevo plan, su nueva cobertura comenzará a partir del 1 de enero de 2013. Consulte la Sección *[edit section number as needed:]* 4.2 si desea saber más acerca de sus opciones. |

Resumen de costos importantes para 2013

La siguiente tabla compara los costos de los años 2012 y 2013 para *[insert 2013 plan name]* en varias áreas importantes. Tenga en cuenta que éste es sólo un resumen de los cambios. **Es importante que lea el resto de este *Aviso Anual de Cambios*** y revise la *Evidencia de Cobertura* adjunta para ver si otros cambios a beneficios o costos le afectan.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 2012 (este año) | 2013 (próximo año) |
| Prima mensual del plan\*  \* *[See Sec. 2.1 for details.)te to say - "g s particular scenario is called o]* Su primapuede ser mayor o menor a esta cantidad. Consulte los detalles en *[edit section number as needed:]* la Sección 2.1. | *[Insert 2012 premium amount]* | *[Insert 2013 premium amount]* |
| *[Plans with no deductible may delete this row.]*  Deducible anual | *[Insert 2012 deductible amount]* | *[Insert 2013 deductible amount]* |
| Cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo  Esta es la cantidad máxima que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B.  (Consulte los detalles en *[edit section number as needed:]* la Sección 2.2.) | *[Insert 2012 MOOP]* | *[Insert 2013 MOOP]* |
| Visitas al consultorio médico | Visitas de atención primaria: *[insert 2012 cost-sharing for PCPs]* por visita  Visitas a especialista: *[insert 2012 cost-sharing for specialists]* por visita | Visitas de atención primaria: *[insert 2013 cost-sharing for PCPs]* por visita  Visitas a especialista: *[insert 2013 cost-sharing for specialists]* por visita |
| Estadías de pacientes hospitalizados | *[Insert 2012 cost-sharing]* | *[Insert 2013 cost-sharing]* |
| Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D  (Consulte los detalles en *[edit section number as needed:]* la Sección 2.6.) | Deducible: *[Insert 2012 deductible amount]* | Deducible: *[Insert 2013 deductible amount]* |
| Copagos durante la Etapa de Cobertura Inicial:   * Nivel 1 de medicamentos: *[Insert 2012 cost-sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* | Copagos durante la Etapa de Cobertura Inicial:   * Nivel 1 de medicamentos: *[Insert 2013 cost-sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* |

Aviso Anual de Cambios para 2013  
Tabla de contenido

Piense en su cobertura de Medicare para el próximo año 1

Resumen de costos importantes para 2013 2

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan 5

SECCIÓN 1 Si no elige otro plan, será automáticamente inscrito en *[insert 2013 plan name]* en 2013 5

SECCIÓN 2 Cambios a beneficios y costos para el próximo año 6

Sección 2.1 - Cambios a la prima mensual 6

Sección 2.2 - Cambios a la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo 6

Sección 2.3 - Cambios a la red de proveedores 7

Sección 2.4 - Cambios a la red de farmacias 7

Sección 2.5 - Cambios a beneficios y costos para servicios médicos 8

Sección 2.6 - Cambios a la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D 9

SECCIÓN 3 Otros cambios 14

SECCIÓN 4 Cómo elegir su plan 14

Sección 4.1 - Si usted desea permanecer en *[insert 2013 plan name]* 14

Sección 4.2 - Si desea cambiar de plan 14

SECCIÓN 5 Plazo para cambiar de plan 15

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratis acerca de Medicare 16

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados 16

SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas? 17

Sección 8.1: Cómo obtener ayuda de *[insert 2013 plan name]* 17

Sección 8.2: Cómo obtener ayuda de Medicare 18

*[If Section 1 does not apply, plans should omit it and renumber remaining sections as needed.]*

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

*[Plans that are changing the plan name, as approved by CMS, include Section 1, using the section title above and the following text:*

El 1 de enero de 2013, el nombre de nuestro plan cambiará de *[insert 2012 plan name]* a *[insert 2013 plan name].*

*[Insert language to inform members if they will receive new ID cards and how, as well as if the name change will impact any other beneficiary communication.]]*

SECCIÓN 1 Si no elige otro plan, será automáticamente inscrito en *[insert 2013 plan name]* en 2013

*[If the beneficiary is being enrolled into another plan due to a consolidation, include Section 1, using the section title above and the following text:*

El 1 de enero de 2013, *[insert sponsor name]* combinará *[insert 2012 plan name]* con uno de nuestros planes, *[insert 2013 plan name]*.

**Si no hizo nada para cambiar su cobertura de Medicare antes del 7 de diciembre de 2012, lo inscribiremos automáticamente en nuestro *[insert 2013 plan name]*.** Es decir que a partir del 1 de enero de 2013, recibirá su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de *[insert 2013 plan name]*. Tiene opciones para recibir su cobertura de Medicare. Si lo desea, puede cambiar a un plan de salud distinto de Medicare. También puede cambiar a Medicare Original.

La información en este documento le indica las diferencias entre sus beneficios actuales en *[insert 2012 plan name]* y los beneficios que recibirá a partir del 1 de enero de 2013 como miembro de *[insert 2013 plan name]*.

*[Plans that have previously notified members about the enrollment may insert the following paragraph, editing as necessary: [Insert sponsor name]* le envió una carta denominada “*[insert name of letter].”* Esta carta le informa que su membresía en *[insert 2012 plan name]* está por terminar. Contiene información importante acerca de las distintas formas de obtener cobertura de Medicare, e incluye información acerca de la forma de hacer cambios en su cobertura. Si tiene alguna pregunta o si no recibió la carta, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la Sección *[edit section number as needed:]* 8.1 de este manual).]]

SECCIÓN 2 Cambios a beneficios y costos para el próximo año

Sección 2.1– Cambios a la prima mensual

*[Plans may add a row to this table to display changes in premiums for optional supplemental benefits. If there is no change in premium for optional supplemental benefits, plans do not need to insert a row.]  
  
[Plans that include a Part B premium reduction benefit may insert a row to describe the change in the benefit.]*

|  | 2012 (este año) | 2013 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Prima mensual  (Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare). | *[insert 2012 premium amount]* | *[insert 2013 premium amount]* |

* La prima mensual de su plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía.
* Si tiene un ingreso superior, es posible que deba pagar una cantidad adicional mensual directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
* Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda Adicional” con los costos de medicamentos recetados.

Sección 2.2 – Cambios a la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo

*[Plans that include the costs of supplemental benefits (e.g., POS benefits) in the MOOP limit may* *revise this information as needed.]*

Para su protección, Medicare requiere que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se conoce como “cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo”. Cuando usted alcanza la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo, por lo general no paga nada por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de las Partes A y B] durante el resto del año.

|  | 2012 (este año) | 2013 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo  Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos [*insert if plan has a deductible:* deducibles] se tendrán en cuenta para la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo. [*Plans with no premium may modify the following sentence as needed:]* La prima de su plan y el costo de medicamentos recetados no se tendrán en cuenta para su cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo. | *[insert 2012 MOOP amount]* | *[insert 2013 MOOP amount]*  Una vez que pagó *[insert 2013 MOOP]* de su bolsillo por servicios cubiertos [*insert if applicable:* de las Partes A y B] usted no paga nada por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de las Partes A y B] durante el resto del año calendario. |

Sección 2.3 – Cambios a la red de proveedores

*[Plans with no provider network delete this section.]*

Se producirán cambios a nuestra red de médicos y otros proveedores para el próximo año.

[*Insert as applicable:* Incluimos una copia de nuestro Directorio de proveedores en el sobre junto con este manual. *OR* Encontrará un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web [*insert URL*].] También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitar que le enviemos un Directorio de proveedores por correo. **Revise el Directorio de proveedores del 2013 para ver si sus proveedores están en nuestra red.**

Sección 2.4 – Cambios a la red de farmacias

Lo que usted paga por sus medicamentos recetados puede variar según la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *únicamente* si se despachan en una de las farmacias de nuestra red. *[Insert if applicable:* Nuestra red posee farmacias preferidas y no preferidas. Las farmacias preferidas le ofrecerán un costo compartido inferior al de las farmacias no preferidas.]

Se producirán cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año.

[*Insert as applicable:* Incluimos una copia de nuestro Directorio de farmacias en el sobre junto con este manual. *OR* Encontrará un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web [*insert URL*].] También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitar que le enviemos un Directorio de farmacias por correo. **Revise el Directorio de farmacias de 2013 para conocer las farmacias que están en nuestra red.**

Sección 2.5 – Cambios a beneficios y costos para servicios médicos

[*If there are no changes in benefits or in cost sharing, revise heading to “Sin cambios a los beneficios o cantidads que paga por servicios médicos” and replace the rest of this section with:* Nuestros beneficios y lo que usted pague por estos servicios médicos cubiertos en el año 2013 serán exactamente iguales a los del año 2012.]

Cambiaremos nuestra cobertura de determinados servicios médicos el próximo año. La información a continuación describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en la *Evidencia de Cobertura del 2013.*

*[The table must include: (1) all new benefits that will be added or 2012 benefits that will end for 2013, including any new optional supplemental benefits (plans must indicate these optional supplemental benefits are available for an extra premium); (2) new limitations or restrictions on Part C benefits for CY 2013; and (3) all changes in cost sharing for 2013 for covered medical services, including any changes to service category out-of-pocket maximums and cost sharing for optional supplemental benefits (plans must indicate these optional supplemental benefits are available for an extra premium).]*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 2012 (este año) | 2013 (próximo año) |
| *[Insert benefit name]* | *[For benefits that were not covered in 2012 insert:*  *[insert benefit name*] no está cubierto.*]*  *[For benefits with a copayment insert:*  Usted paga un copago de $ *[insert 2012 copayment amount]* *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., “por visita en el consultorio”].*]  *[For benefits with a coinsurance insert:* Usted paga *[insert 2012 coinsurance percentage]%* del costo total  *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., “hasta por una visita por año”].]* | *[For benefits that are not covered in 2013 insert: [insert benefit name*] no está cubierto.*]*  *[For benefits with a copayment insert:*  Usted paga un copago de $ *[insert 2013 copayment amount]* *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., “por visita en el consultorio”].*]  *[For benefits with a coinsurance insert:*  Usted paga *[insert 2013 coinsurance percentage]%* del costo total  *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., “hasta por una visita por año”].]* |
| *[Insert benefit name]* | *[insert 2012 cost/coverage, using format described above.]* | *[insert 2013 cost/coverage, using format described above.]* |

Seccion 2.6 Cambios a la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios a nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se conoce como Formulario o “Lista de medicamentos”. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos en este sobre.

*[Plans with no changes to covered drugs, tier assignment, or restrictions may replace the rest of this section with:* No hemos realizado cambios a nuestra Lista de medicamentos para el próximo año. Los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos para el año 2013 serán iguales a los de 2012. No obstante, estamos autorizados a introducir cambios en la Lista de medicamentos periódicamente durante el año, con la aprobación de Medicare.]

Realizamos cambios a nuestra Lista de medicamentos, incluyendo cambios a los medicamentos cubiertos y cambios a las restricciones aplicables a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción.** [*If including an abridged formulary, add the following language:* La Lista de medicamentos que incluimos en este sobre incluye muchos, *pero no todos*, los medicamentos que cubriremos el próximo año. Aún si no ve su medicamento en esta lista, es posible que esté cubierto. **Puede obtener la Lista *completa* de medicamentos** si llama a Servicios para Miembros (consulte la parte de atrás de este manual) o si visita nuestro sitio web *([insert URL)*.]

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, usted puede:

* **Trabajar con un médico (o con otra persona que receta el medicamento) y solicitar al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. Usted puede solicitar una excepción antes del año próximo y le proporcionaremos una respuesta antes de que el cambio entre en vigencia. Si desea saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame a Servicios para Miembros.
* **Busque un medicamento distinto** cubierto por nuestro plan. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan el mismo problema de salud.

*[Plans may omit this if they allow current members to request formulary exceptions in advance for the following year:]*En algunas situaciones, cubriremos el suministro temporario de un medicamento **por única vez**. (Si desea saber más acerca de cuándo puede recibir un suministro temporario y de cómo solicitarlo, consulte la Sección 6,2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de Cobertura.*)Durante el tiempo en que recibe un suministro temporario de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporario. Puede cambiar a otro medicamento cubierto por el plan o solicitar al plan que realice una excepción y cubra su medicamento actual.

*[Plans may include additional information about processes for transitioning current enrollees to formulary drugs when your formulary changes relative to the previous plan year.]*

*[Include language to explain whether current formulary exceptions will still be covered next year or a new one needs to be submitted.]*

Cambios a los costos de medicamentos recetados

Existen cuatro etapas de pago de medicamentos. La “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentre afectará la cantidad que usted pague por un medicamento de la Parte D.

La información siguiente muestra las cuatro etapas de pago de medicamentos. También puede consultar el Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre estas etapas.

Nota: Si usted se encuentra en un programa que ayuda a pagar por sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información acerca de los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D [***insert as applicable:* **posiblemente no** *OR* **no] se aplica a usted.** [*insert as appropriate:* Incluimos *OR* Enviamos] un aviso separado, conocido como “Anexo de la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como “Anexo de subsidio por bajos ingresos” o “Anexo LIS”) que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este anexo, llame a Servicios para Miembros y solicite el “Anexo LIS”. Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la Sección *[edit section number as needed:]* 8.1 de este manual.

*[Plans: Ensure entire table appears on the same page.]*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Etapa 1**  *Etapa de Deducible Anual* | **Etapa 2**  *Etapa de Cobertura Inicial* | **Etapa 3**  *Falta de Cobertura o Período sin Cobertura* | **Etapa 4**  *Etapa de Cobertura Catastrófica* |
| Usted comienza en esta etapa de pago.  Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos *[insert as applicable:* de marca *OR* *[tier name(s)]*].  Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado su deducible.  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Como el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.] | *[Insert if plan has no deductible:* Usted comienza en esta etapa de pago.]  Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo.**  Permanece en esta etapa hasta que el costo total de sus medicamentos alcance el límite de la Etapa de Cobertura Inicial. | La mayoría de las personas no llegan a la Etapa de Falta de Cobertura o Período sin Cobertura. Si llega a esta etapa, **su parte de los costos de sus medicamentos cambiará.**  Permanece en esta etapa hasta que el total de gasto directo de su bolsillo (sus pagos) alcance el límite del Período sin Cobertura.  [*Plans with no coverage gap replace the text above with:* Como el plan no tiene un periodo sin cobertura, esta etapa de pago no se aplica a usted.] | La mayoría de las personas no llegan a la Etapa de Cobertura Catastrófica. Si llega a esta etapa, **el plan pagará la mayor parte del costo** de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2013). |

Etapa 1: “Etapa de Deducible Anual”

Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos *[insert as applicable:* del la Parte D *OR* genéricos *OR* *[tier name(s)]*] hasta que alcance la cantidad deducible.

* **En el año 2013, el deducible anual es de *[insert 2013 deductible]*** (fue de *[insert 2012 deductible]* en 2012).
* Una vez que alcanza la cantidad del deducible, usted pasa a la “Etapa de Cobertura Inicial”.

[Plans with no deductible replace the text above with: Como [insert 2013 plan name] no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.]

Etapa 2: “Etapa de Cobertura Inicial”

[*Plans with a deductible insert:* La “Etapa de Cobertura Inicial” comienza cuando usted alcanza la cantidad del deducible.] En esta etapa, la cantidad que usted paga por un medicamento depende del “nivel” en el que se encuentra el medicamento.

*[Insert if applicable:* Hemos trasladado algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos a un nivel de medicamento superior o inferior. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, consulte la Lista de medicamentos.]

La tabla siguiente muestra los costos de sus medicamentos en cada uno de nuestros *[insert number of tiers]* niveles de medicamentos. Estas cantidades se aplican *únicamente* mientras usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial.

[*Plans must list all drug tiers in the table below. Plans with preferred and non-preferred pharmacies must add rows or separate tables to describe changes in cost sharing for different types of pharmacies. Plans may add rows or separate tables to describe cost-sharing for mail-order and/or extended-day supplies. Plans without drug tiers may revise the table as appropriate.]*

|  | 2012 (este año) | 2013 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| **Medicamentos en el nivel *[X]***  (*[insert short description of tier (e.g., generic drugs)]*)  Costo del suministro de un mes (*[insert number of days in a one-month supply]* días) de un medicamento en el nivel *[x]* que se despacha en una farmacia de la red | *[insert 2012 cost sharing:*  *Para copagos:* Usted paga $*[xx]* por receta.  *Para coseguro:* Usted paga *[xx]%* del costo total.] | *[insert 2013 cost sharing:*  *Para copagos:* Usted paga $*[xx]* por receta.  *Para coseguro:* Usted paga *[xx]%* del costo total.] |
| **Medicamentos en el nivel *[X]***  (*[insert short description of tier (e.g., generic drugs)]*)  Costo del suministro de un mes (*[insert number of days in a one-month supply]* días) de un medicamento en el nivel *[x]* que se despacha en una farmacia de la red | *[insert 2012 cost sharing:*  *Para copagos:* Usted paga $*[xx]* por receta.  *Para coseguro:* Usted paga *[xx]%* del costo total.] | *[insert 2013 cost sharing:*  *Para copagos:* Usted paga $*[xx]* por receta.  *Para coseguro:* Usted paga *[xx]%* del costo total.] |

Permanecerá en esta etapa hasta que alcance el límite de la Etapa de Cobertura Inicial:

* **En 2013, el límite de la Etapa de Cobertura Inicial es de *[insert as applicable: [insert 2013 ICL] OR [insert 2013 TrOOP amount]]*** (este año el límite es de *[insert as applicable: [insert 2012 ICL] OR [insert 2012 TrOOP amount]]*). Usted permanece en la Etapa Inicial de Cobertura hasta que sus *[insert as applicable:* “costos totales de medicamentos” *OR* costos totales “de bolsillo”] lleguen a *[insert as applicable: [insert 2013 ICL] OR [insert 2013 TrOOP amount]]*.
* Una vez que llega a este límite, usted pasa a la *[insert as applicable*: “Período sin Cobertura” *OR* “Etapa de Cobertura Catastrófica”*].*

**Etapa 3: “Falta de Cobertura o Período sin Cobertura”**

*[Plans with some coverage in the gap, revise this section as needed to describe your coverage.]*

Cuando llega a la etapa de Falta de Cobertura o al Período sin Cobertura, sus costos de medicamentos de la Parte D cambiarán (los *[insert number of tiers]* niveles de medicamentos ya no se aplican).

En 2013, sus costos de medicamentos en la Etapa de Falta de Cobertura o Período sin Cobertura serán de:

* *Medicamentos de marca*: Usted paga **47.5% del costo total (además de una parte de la tarifa de suministro)** (este año usted paga 50% del costo total de los medicamentos de marca).
* Medicamentos genéricos: Usted paga **79% del costo total** (este año usted paga 86% del costo total de medicamentos genéricos).

Permanecerá en la Etapa de Falta de Cobertura o Período sin Cobertura hasta que pague [*insert 2013 TROOP]* **de su bolsillo** por los medicamentos de la Parte D (este año la cantidad es de *[insert 2012 TROOP]*).

* Una vez que alcanza esta cantidad total, usted pasa a la “Etapa de Cobertura Catastrófica”.

*[Plans with no coverage gap replace the text above with:* Dado que no hay periodo sin cobertura en nuestro plan, esta etapa de pago no se aplica a usted.*]*

**Etapa 4: “Etapa de Cobertura Catastrófica”**

La Etapa de Cobertura Catastrófica es la última etapa de pago de medicamentos. Una vez que alcance esta etapa, permanecerá en la misma hasta que termina el año calendario.

Medicare requiere que todos los planes tengan la misma cobertura en la Etapa de Cobertura Catastrófica. Por consiguiente, todas las personas que tienen Medicare pagan la misma cantidad en esta etapa, independientemente de su plan. En la Etapa de Cobertura Catastrófica, pagamos la mayoría del costo de sus medicamentos de la Parte D. Usted paga el mayor de los siguientes:

* **5% del costo total**
* *-- o --* **un copago de*****[insert 2013 catastrophic copay for generic]* por medicamentos genéricos** (incluyendo medicamentos de marca que se tratan como genéricos) **y un copago de *[insert 2013 catastrophic copay for brand]* por todos los demás medicamentos** (este año usted paga un copago de *[insert 2012 catastrophic copay for generic]* por medicamentos genéricos y un copago de *[insert 2012 catastrophic copay for generic]* por los demás medicamentos.)

SECCIÓN 3 Otros cambios

*[This section is optional. Plans with administrative changes that impact members (e.g., a change in options for paying the monthly premium, changes in prior authorization requirements, change in contract or PBP number) may insert this section and describe the changes in the table below. Plans that choose to omit this section should renumber the remaining sections as needed.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 2012 (este año) | 2013 (próximo año) |
| *[insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[insert 2012 administrative description]* | *[insert 2013 administrative description]* |
| *[insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[insert 2012 administrative description]* | *[insert 2013 administrative description]* |

*]*

SECCIÓN 4 Cómo elegir su plan

Sección 4.1 – Si usted desea permanecer en *[insert 2013 plan name]*

**No debe hacer nada para permanecer en nuestro plan**. Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, usted quedará inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan en 2013.

Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar para el 2013 siga los siguientes pasos:

**Paso 1: Conozca y compare sus opciones**

* Usted puede inscribirse en un plan de salud distinto de Medicare,
* *-- O*-- puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si desea adquirir una póliza suplementaria (Medigap) a Medicare.

Si desea saber más acerca de Medicare Original y los distintos tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2013*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección *[edit section number as needed:]* 6) o llame a Medicare (consulte la Sección *[edit section number as needed:]* 8.2).

Usted también puede encontrar información acerca de los planes en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Ingrese en http://www.medicare.gov y haga clic en “Compare Drug and Health Plans.” **En este sitio, usted encontrará información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

[*Plans may choose to insert if applicable:* Recuerde, *[insert MAO name]* ofrece otros [*insert as applicable:* planes de salud de Medicare *AND/OR* y planes de medicamentos recetados de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y las cantidades de los costos compartidos.]

Paso 2: Cambie su cobertura

* Para cambiar **a un plan de salud distinto de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente se le dará la baja de *[insert 2013 plan name]*.
* Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbase en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se le dará la baja de *[insert 2013 plan name]*.
* Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados, puede**:
  + Enviarnos una solicitud por escrito de terminación. Póngase en contacto con Servicios para Miembros si necesita más información al respecto (los números de teléfono están en la Sección *[edit section number as needed:]* 8.1 de este manual).
  + – *o* – Ponerse en contacto con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite su terminación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Plazo para cambiar de plan

Si desea cambiar a un plan distinto o a Medicare Original para el próximo año, usted puede hacerlo desde **el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia desde el 1 de enero de 2013.

¿Se pueden hacer cambios en otras fechas?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras fechas. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos, y las personas que se mudan fueran del área de servicio pueden realizar cambios en otras fechas. Si desea más información, consulte la Sección 2.3 en el Capítulo 10 de la *Evidencia de Cobertura*.

Si no está conforme con su plan elegido para 2013, puede cambiar a Medicare Original entre el 1 de enero y el 14 de febrero de 2013. Si desea más información, consulte la Sección 2.2 en el Capítulo 10 de la *Evidencia de Cobertura*.

*[I-SNPs: replace bullets above with the following:*

Puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento.** Puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Medicare Original (con o sin un plan por separado de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento.]

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratis acerca de Medicare

[*Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to use the generic name (“State Health Insurance Assistance Program”) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all SHIPs in your service area.*]

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En *[insert state],* el programa SHIP se llama *[insert state-specific SHIP name].*

[*Insert state-specific SHIP name*] es independiente (no tiene conexión con ninguna aseguradora o plan médico). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local **gratuito** a las personas con Medicare. Los asesores de *[Insert state-specific SHIP name]* pueden ayudarle con sus preguntas o problemas con Medicare. Ellos pueden ayudarle a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca del cambio de plan. Puede llamar a *[insert state-specific SHIP name]* al *[insert SHIP phone number]*. [*Plans may insert the following:* Puede obtener más información acerca de [*insert state-specific SHIP name*] si visita su sitio web ([*insert SHIP Web site*]).]

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted puede ser elegible para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. *[Plans in states without SPAPs, delete the next sentence:]* Hay dos tipos básicos de ayuda:

* **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir Ayuda Adicional para cubrir los costos de sus medicamentos recetados. Si *usted es elegible*, Medicare podría pagar hasta setenta y cinco (75) por ciento o más de los costos de sus medicamentos, que incluye primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Por otra parte, las personas elegibles no tendrán un período sin cobertura ni deberán pagar una multa por inscripción tardía. Muchas personas desconocen que son elegibles. Para saber si es elegible, llame a:
  + 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  + La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7 AM a 7 PM. Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-800-325-0778; o
  + La oficina de Medicaid de su estado.
* *[Plans without an SPAP in their state(s), should delete this bullet.] [Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to use the generic name (“Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica”) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all SHIPs in your service area.]* **Ayuda del programa de ayuda farmacéutica de su estado.** *[Insert state name]* cuenta con un programa conocido como *[insert state-specific SPAP name]* que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos recetados basándose en sus necesidades económicas, su edad o su problema médico. Para obtener más información acerca del programa, consulte a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección *[edit section number as needed:]* 6 de este manual).

SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?

Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de *[insert 2013 plan name]*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para Miembros al *[insert member services phone number].* Los usuarios de TTY únicamente deben llamar al *[insert TTY number]*. Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas *[insert days and hours of operation]*. [*Insert if applicable:* Las llamadas a estos números son gratis.]

**Lea su *Evidencia de Cobertura* 2013 (contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)**

Este *Aviso Anual de Cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el año 2013. Para obtener detalles consulte la *Evidencia de Cobertura* 2013 de *[insert 2013 plan name].* La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Le explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir medicamentos recetados y servicios cubiertos. En este sobre se incluye una copia de la *Evidencia de Cobertura.*

**Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web, (*[insert URL]*). Recuerde que nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (lista de medicamentos/Formulario).

Sección 8.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para recibir información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Usted puede visitar el sitio web de Medicare (http://www.medicare.gov). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Usted puede encontrar información acerca de los planes disponibles en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información acerca de los planes, ingrese en http://www.medicare.gov y haga clic en el botón “Comparar planes”.)

Lea el manual *Medicare y Usted* 2013

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2013*. Este manual se envía por correo a las personas que tienen Medicare en el otoño de cada año. El manual contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no posee una copia de este manual, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (http://www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**[2013 EOC template]**

**Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013**

**Evidencia de Cobertura:**

**Sus beneficios de salud y servicios de Medicare y cobertura de medicamentos recetados como miembro de [*insert 2013 plan name*][*insert plan type*]**

[***Optional:*** *insert beneficiary name*]  
[***Optional:*** *insert beneficiary address*]

Este manual le proporciona los detalles acerca de su plan de salud y de medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2013. Le explica cómo obtener la cobertura de los servicios médicos y los medicamentos recetados que necesita. **Esta carta es un documento legal importante. Manténgala en un lugar seguro.**

Este plan, *[insert 2013 plan name],* es ofrecido por *[insert sponsor name]*. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice“nosotros” o “nuestro”, significa *[insert sponsor name].* Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa *[insert 2013 plan name].*)

*[Insert Federal contracting statement.]*

[*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* Esta información se encuentra disponible gratis en otros idiomas.Comuníquese con nuestros Servicios para Miembros al [insert phone number] para obtener información adicional. Los usuarios de TTY deben llamar al *[insert TTY number]*. Las horas de atención son *[insert days and hours of operation]*.] Los Servicios para Miembros [*plans that meet the 5% threshold insert:* también] tienen servicios de intérpretes de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés *[plans that meet the 5% threshold delete the rest of this sentence:]* (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

*[Plans that meet the 5% threshold insert the paragraph above in all applicable languages.]*

*[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., Braille, large print, audio tapes) as applicable.]*

*[Remove terms as needed to reflect plan benefits:]* Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, las primas, los deducibles y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2014.

*[Insert as applicable: [insert Material ID]* Aprobado por CMS [MMDDYYYY] *OR [insert Material ID]* Archivar y usar[MMDDYYYY]*]*

**Evidencia de Cobertura 2013**

**Tabla de Contenido**

# Esta lista de capítulos y números de página es sólo un punto de inicio. Si necesita más ayuda para encontrar la información que necesita, diríjase a la primera página de un capítulo. Al comienzo de cada capítulo encontrará una lista detallada de temas.

Capítulo 1. Miembro nuevo 3

Explica lo que significa pertenecer a un plan de salud de Medicare y cómo usar este manual. Informa sobre el material que le enviaremos, la prima de su plan, su tarjeta de miembro del plan y la actualización de su registro de miembro.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 22

Le indica cómo comunicarse con nuestro plan (*[insert 2013 plan name])* y con otras organizaciones, entre ellas Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), la Organización para el Mejoramiento de Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro de salud para personas con bajos ingresos), y la Junta de Retiro Ferroviario.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos 42

Explica temas importantes que usted debe conocer sobre la obtención de atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen los proveedores en la red del plan y la forma de obtener atención en caso de emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 56

Incluye detalles acerca de los tipos de atención médica que están o *no* cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. Explica cuánto pagará como parte del costo por su atención médica cubierta.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D 91

Explica las normas que debe cumplir cuando recibe medicamentos de la Parte D. Informa sobre cómo usar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para saber qué medicamentos están cubiertos. Informa sobre los tipos de medicamentos que no están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica dónde comprar sus medicamentos. Informa sobre los programas del plan para la seguridad y la administración de los medicamentos.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D 116

Informa sobre las [insert number of stages] etapas de cobertura de medicamentos ([delete any stages that are not applicable] Etapa de Deducible, Etapa de Cobertura Inicial, Período sin Cobertura, Etapa de Cobertura Catastrófica) y cómo estas etapas afectan el pago de sus medicamentos. [*Plans without drug tiers, delete the following sentence.]* Explica los [insert number of tiers] niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D e indica lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido. Informa sobre la multa por inscripción tardía.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos 146

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitarnos un reembolso por nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 154

Explica sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Le informa lo que puede hacer si cree que sus derechos no están siendo respetados.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 166

Le informa paso a paso lo que debe hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan. Explica como solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene dificultades para obtener atención médica que, en su opinión, está cubierta por nuestro plan. Esto incluye solicitar que nuestro plan continúe cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si piensa que su cobertura está por terminar demasiado pronto.

Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras.

Capítulo 10. Terminación de su membresía en el plan 224

Explica cuándo y cómo usted puede terminar su membresía en el plan. Explica las situaciones en las que nuestro plan debe terminar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 235

Incluye avisos sobre la ley vigente y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes 237

Explica términos clave utilizados en este manual.

Capítulo 1. Miembro nuevo

SECCIÓN 1 Introducción 5

Sección 1.1 Usted está inscrito en [insert 2013 plan name], que es un plan [insert if applicable: de punto de servicio] Medicare HMO: 5

Sección 1.1 Actualmente, usted está inscrito en [insert 2013 plan name], que es un plan especializado Medicare Advantage (“Plan de Necesidades Especiales”) 5

Sección 1.2 ¿De qué trata el manual de la *Evidencia de Cobertura*? 6

Sección 1.3 ¿Qué le informa este capítulo? 6

Sección 1.4 ¿Qué sucede si usted es nuevo en [insert 2013 plan name]? 7

Sección 1.5 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura* 7

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? 7

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 7

Sección 2.2 ¿Qué son las Partes A y B de Medicare? 8

Sección 2.3 Ésta es el área de servicio del plan [insert 2013 plan name] 9

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nuestra parte? 10

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: utilícela para obtener todos los servicios médicos y las recetas médicas cubiertas 10

Sección 3.2 *Directorio de proveedores*: su guía de todos los proveedores de la red del plan 10

Sección 3.3 *Directorio de farmacias*: su guía de las farmacias en nuestra red 11

Sección 3.4 *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario*) del plan 12

Sección 3.5 La *Explicación de beneficios* (“EOB”): informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D 13

SECCIÓN 4 Su prima mensual de [*insert 2013 plan name*] 13

Sección 4.1 ¿Cuánto debe pagar por la prima de su plan? 13

Sección 4.2 Existen distintas maneras de pagar la prima de su plan 16

Sección 4.3 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año? 18

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan 19

Sección 5.1 Cómo ayudar a garantizar que tengamos información precisa sobre usted 19

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud 20

Sección 6.1 Nos aseguramos de proteger su información de salud 20

SECCIÓN 7 Cómo funcionan los otros seguros con nuestro plan 20

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro? 20

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en [insert 2013 plan name], que es un plan [insert if applicable: de punto de servicio] Medicare HMO:

Usted está cubierto por Medicare, y eligió recibir los servicios médicos y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, *[insert 2013 plan name]*.

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. *[Insert 2013 plan name]* es un Plan Medicare Advantage de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) [*insert if applicable:* con una opción punto de servicio (POS, por sus siglas en inglés)]. [*Insert if applicable:* “Punto de servicio” significa que puede utilizar proveedores fuera de la red del plan por un costo adicional. (Consulte la Sección 2.4 en el Capítulo 3 para obtener información sobre el uso de la opción Punto de servicio.)] Como todos los planes de salud de Medicare, este plan Medicare HMO [*add if applicable:* -POS] está aprobado por Medicare y es ofrecido por una compañía privada.

*[I-SNPs and C-SNPs use the following language for Section 1.1 in place of the language above:*

Sección 1.1 Actualmente, usted está inscrito en *[insert 2013 plan name]*, que es un plan especializado Medicare Advantage (“Plan de Necesidades Especiales”)

Usted está cubierto por Medicare, y eligió recibir los servicios médicos y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, *[insert 2013 plan name]*.

*[I-SNPs: insert the following three paragraphs:*

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. *[Insert 2013 plan name]* es un plan especializado Medicare Advantage (un “Plan de Necesidades Especiales” de Medicare), es decir que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiiales de atención médica. *[Insert 2013 plan name]* está diseñado especificamente para personas que viven en una institución (como un asilo de ancianos) o que requieren un nivel de atención que normalmente se ofrece en un asilo de ancianos.

Nuestro plan incluye acceso a una red de proveedores que se especializan en el tratamiento de pacientes que necesitan ese nivel de atención médica. Como miembro del plan, usted obtiene beneficios especialmente diseñados y toda su atención es coordinada a través de nuestro plan.

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, este Plan de Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare y es ofrecido por una compañía privada.]

*[C-SNPs: insert the following three paragraphs:*

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. *[Insert 2013 plan name]* es un plan especializado Medicare Advantage (un “Plan de Necesidades Especiales” de Medicare), es decir que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiiales de atención médica. *[Insert 2013 plan name]* está diseñado para proporcionar beneficios médicos adicionales que específicamente ayudan a las personas que sufren de *[insert condition(s)]*.

Nuestro plan ofrece acceso a una red de proveedores que se especializan en el tratamiento de *[insert condition(s)].* También incluye programas de salud diseñados para atender las necesidades especializadas de personas con *[insert as applicable:* esta enfermedad *OR* estas enfermedades].] Asimismo, nuestro plan cubre los medicamentos recetados para tratar la mayoría de los problemas de salud, entre ellos los medicamentos que se suelen utilizar para tratar *[insert condition(s)]*. Como miembro del plan, usted obtiene beneficios especialmente diseñados para su enfermedad y toda su atención es coordinada a través de nuestro plan.

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, este Plan de Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare y es ofrecido por una compañía privada.]

Sección 1.2 ¿De qué trata el manual de la *Evidencia de Cobertura*?

Este manual *Evidencia de Cobertura* le informa cómo recibir la atención médica y las recetas médicas cubiertas de Medicare a través de nuestro plan. Este manual le explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

Este plan, *[insert 2013 plan name],* es ofrecido por *[insert sponsor name]*. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice“nosotros” o “nuestro”, significa *[insert sponsor name].* Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa *[insert 2013 plan name].*)

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y servicios médicos y a los medicamentos recetados que tendrá disponibles como miembro de *[insert 2013 plan name].*

Sección 1.3 ¿Qué le informa este capítulo?

Lea el Capítulo 1 de esta *Evidencia de Cobertura* para conocer:

* ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?
* ¿Cuál es el área de servicio de su plan?
* ¿Qué materiales recibirá de nuestra parte?
* ¿Cuál es la prima de su plan y cómo puede pagarla?
* ¿Cómo mantiene la información de su registro de miembro actualizada?

Sección 1.4 ¿Qué sucede si usted es nuevo en [insert 2013 plan name]?

Si es un miembro nuevo, entonces es importante que conozca cómo funciona el plan, cuáles son las reglas y qué servicios tiene disponibles. Le aconsejamos que se tome un tiempo para leer este manual *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido o preocupado o si sólo tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros de nuestro plan (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

Sección 1.5 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

**Es parte de nuestro contrato con usted**

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo *[insert 2013 plan name]* cubre su cuidado de la salud. Otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, y cualquier aviso que reciba de nuestra parte acerca de los cambios a su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. En algunos casos, estos avisos se llaman “anexos” o “enmiendas”.

El contrato es válido durante los meses que esté inscrito en *[insert 2013 plan name]* entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2013.

**Medicare debe autorizar nuestro plan cada año**

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar *[insert 2013 plan name]* cada año. Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando nosotros elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su autorización del mismo.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

## Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan si:

* Vive en nuestra área geográfica de servicio (la sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio);
* -- *y* -- tiene las Partes A y B de Medicare
* *[C-SNPs: delete if not applicable:] -- y --* no padece Enfermedad Renal Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), con excepciones limitadas, como por ejemplo si desarrolla ESRD cuando ya es miembro de un plan que ofrecemos, o fue miembro de un plan diferente que fue anulado.
* *[I-SNPs and C-SNPs insert:* -- *y --* cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.]

[*I-SNPs and C-SNPs insert this section as applicable to your plan type:*

**Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan**

[*Chronic/disabling condition SNPs, insert:* Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades especializadas de personas que padecen determinadas enfermedades. Para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener *[insert condition(s)]*.

[*Institutional SNPs, insert:* Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades especializadas de personas que requieren un nivel de cuidado que se suele proporcionar en un asilo de ancianos.

*[Plans that limited enrollment to those residing in an institution insert:* Para ser elegible para nuestro plan, usted debe vivir en uno de los asilos de ancianos de nuestra red. [*Insert as appropriate:* Consulte la lista de asilos de ancianos de nuestra red en el Directorio de proveedores del plan. O llame a Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos una lista (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). *OR* A continuación encontrará una lista de los asilos de ancianos de nuestra red:

* *[Insert list of contracted facilities]*]

*[Plans that also enroll those who are NFLOC certified insert:* Para ser elegible para nuestro plan, usted debe cumplir con *uno de los dos* requisitos siguientes.

* Usted vive en uno de los asilos de ancianos de nuestra red. [*Insert as appropriate:* Consulte la lista de asilos de ancianos de nuestra red en el Directorio de proveedores del plan. O llame a Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos una lista (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). *OR* A continuación encontrará una lista de los asilos de ancianos de nuestra red:
  + *[Insert list of contracted facilities]*]
* *-o –* usted vive en su hogar y *[insert state]* ha certificado que usted requiere el tipo de atención que se suele proporcionar en un asilo de ancianos.]

Sección 2.2 ¿Qué son las Partes A y B de Medicare?

La primera vez que se inscribió en Medicare, usted recibió información acerca de los servicios cubiertos bajo las Partes A y B de Medicare. Recuerde:

* La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir los servicios ofrecidos por proveedores institucionales como hospitales (para servicios de internación), centros de enfermería especializada o agencias de cuidado de la salud en el hogar.
* La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios de médicos y otros servicios ambulatorios) y ciertos suministros (como equipos médicos duraderos y suministros).

Sección 2.3 Ésta es el área de servicio del plan [insert 2013 plan name]

Aunque Medicare es un programa Federal, *[insert 2013 plan name]* está disponible sólo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para permanecer como miembro de nuestro plan, [*if a “continuation area” is offered under 42 C.F.R. 422.54, insert “por lo general” here, and add a sentence describing the continuation area*] debe continuar viviendo en dicha área de servicio. El área de servicio se describe [*insert as appropriate:* a continuación *OR* en un apéndice de esta *Evidencia de Cobertura*].

[*Insert plan service area here or within an appendix. Plans may include references to territories as appropriate. Use county name only if approved for entire county. For partially approved counties, use county name plus zip code. Examples of the format for describing the service area are provided below. If needed, plans may insert more than one row to describe their services area:*   
  
Nuestra área de servicio incluye los 50 estados   
Nuestra área de servicio incluye estos estados: [*insert states*]   
Nuestra área de servicio incluye estos condados en [*insert state*]: [*insert counties*]   
Nuestra área de servicio incluye estas partes de los condados en [*insert state*]: [*insert county*], los siguientes códigos postales únicamente [*insert zip codes*]]

*[Optional info: multi-state plans may include the following:* Ofrecemos cobertura en *[insert as applicable:* varios *OR* todos los*]* estados *[insert if applicable:* y territorios*].* No obstante, pueden existir diferencias de costo o de otro tipo entre los planes que ofrecemos en cada estado. Si usted se muda del estado [*insert if applicable:* o territorio*]* donde vive a un estado [*insert if applicable:* o territorio*]* dentro de nuestra área de servicio, debe llamar a Servicios para Miembros para actualizar su información. *[National plans delete the rest of this paragraph:]* Si usted se muda a un estado [*insert if applicable:* o territorio*]* fuera de nuestra área de servicio, no puede continuar siendo miembro de nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros para averiguar si contamos con un plan en su nuevo estado [*insert if applicable:* o territorio*]*.*]*

Si usted planea mudarse fuera del área de servicios llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). Cuando se mude, tendrá un Período especial de inscripción que le permitirá cambiar a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nuevo lugar.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nuestra parte?

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: utilícela para obtener todos los servicios médicos y las recetas médicas cubiertas

*[Plans that use separate membership cards for health and drug coverage should edit the following section to reflect the use of multiple cards.]*

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar la tarjeta de miembro de nuestro plan cada vez que reciba cualquier servicio cubierto por el plan y para las recetas médicas que obtiene en las farmacias de la red. A continuación le presentamos una muestra de la tarjeta de miembro para mostrarle cómo se verá la suya:

*[Insert picture of front and back of member ID card. Mark it as a sample card (for example, by superimposing the word “sample” on the image of the card.]*

Mientras sea miembro de nuestro plan **no debe usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para recibir los servicios médicos cubiertos (excepto los estudios de investigación clínica de rutina y los servicios de hospicio). Conserve esa tarjeta de Medicare en un lugar seguro en caso de que la necesite más adelante.

**Esto es muy importante por la siguiente razón:** si recibe los servicios cubiertos usando la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de usar su tarjeta de miembro de *[insert 2013 plan name]* mientras sea miembro del plan, es posible que deba pagar el costo completo.

Si su tarjeta de miembro del plan se daña, se pierde o se la roban, llame sin demora a Servicios para Miembros y le enviaremos una nueva. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual.)

Sección 3.2 *Directorio de proveedores*: su guía de todos los proveedores de la red del plan

*[Plans with combined provider and pharmacy directories may combine and edit the provider and pharmacy directory sections (including section titles) to describe the combined document. Plans should renumber sections as needed and revise references to “Provider Directory” to use the actual name of the document throughout the template.]*

Cada año que sea miembro del plan, le enviaremos un nuevo *Directorio de proveedores* o una actualización de su *Directorio de proveedores*.El directorio ofrece un listado de los proveedores de nuestra red.

**¿Quiénes son los “proveedores de la red”?**

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de servicios médicos que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos coordinado que dichos proveedores brinden los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

**¿Por qué necesita saber qué proveedores forman parte de nuestra red?**

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, con limitadas excepciones, mientras sea miembro de nuestro plan usted [*insert as appropriate:* debe usar *OR* podría tener que usar] proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. *[Plans with sub-networks (e.g., limiting members to providers within their PCP’s sub-network) insert a brief explanation of the additional limitations of your sub-network structure.]* Las únicas excepciones son las emergencias, la atención urgente cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted está fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área, y los casos en que *[insert 2013 plan name]* autoriza el uso de proveedores que no pertenecen a la red. Consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica acerca de la cobertura en caso de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

*[Plans with a Point-of-Service (POS) option must briefly describe the POS option here. The details of the POS should be addressed in Chapter 3.]*

Si no posee su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). Puede solicitar en Servicios para Miembros más información sobre los proveedores de la red, incluidos sus títulos. [*Plans may add additional information describing the information available in the provider directory, on the plan’s website, or from Member Services. Por ejemplo:* También puede consultar el *Directorio de proveedores* en la siguiente dirección [*insert URL*], o descargarlo de este sitio web. Tanto los Servicios para Miembros como el sitio web pueden ofrecerle información actualizada acerca de cambios en los proveedores de nuestra red.]

Sección 3.3 *Directorio de farmacias*: su guía de las farmacias en nuestra red

*[Plans with combined provider and pharmacy directories may combine and edit the provider and pharmacy directory sections (including section titles) to describe the combined document. Plans should renumber sections as needed and revise references to the “Pharmacy Directory” to use the actual name of the document throughout the template.]*

Cada año que sea miembro del plan, le enviaremos un nuevo *Directorio de farmacias* o una actualización para su *Directorio de farmacias*.El directorio enumera las farmacias de la red.

**¿Qué son las “farmacias de la red”?**

Nuestro *Directorio de farmacias* le proporciona una lista completa de las farmacias de la red, esto implica todas las farmacias que acordaron cubrir las recetas de medicamentos cubiertos de los miembros de nuestro plan.

**¿Por qué necesita saber sobre las farmacias de la red?**

Puede usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee usar. *[Plans may add detail describing additional information included in the pharmacy directory.]* Es importante debido a que, con algunas excepciones, debe presentar sus recetas en alguna de las farmacias de la red si desea que nuestro plan las cubra (le ayude a pagarlas).

*[Insert if plan has both preferred and non-preferred pharmacies in their networks:* El *Directorio de farmacias* también le indicará cuáles de las farmacias en nuestra red son farmacias “preferidas” de la red. Las farmacias preferidas suelen ofrecer un costo compartido menor para los medicamentos cubiertos que las farmacias no preferidas.]

Si no posee el *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). En cualquier momento, puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar información actualizada acerca de los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar la información en nuestro sitio web en [*insert URL*]. *[Plans may add detail describing additional information about network pharmacies available from Member Services or on the website.]*

Sección 3.4 *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Para abreviar la denominamos “Lista de medicamentos”. Esta lista indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por *[insert 2013 plan name]*. El plan selecciona estos medicamentos, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de *[insert 2013 plan name]*.

Además, la Lista de medicamentos le informa si existen normas que restringen la cobertura de algunos medicamentos.

Le enviaremos una copia de la Lista de medicamentos. *[Insert if applicable:* La Lista de medicamentos que le enviamos incluye información sobre los medicamentos recetados que nuestros miembros usan con más frecuencia. No obstante, cubrimos medicamentos adicionales que no se encuentran en la copia impresa de la Lista de medicamentos. Si uno de sus medicamentos no aparece en la Lista de medicamentos, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros para averiguar si el plan lo cubre.] Para obtener la información más completa y actualizada acerca de los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan ([*insert URL*]) o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

Sección 3.5 La *Explicación de beneficios* (“EOB”): informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando use los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarle a comprender y mantener un registro de los pagos de sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se conoce como *Explicación de beneficios* (o “EOB” por sus siglas en inglés).

La *Explicación de beneficios* le indica la cantidad total que ha gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y la cantidad total que hemos pagado por cada uno de ellos durante el mes. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D*) le ofrece más información sobre la *Explicación de beneficios* y cómo puede ayudarle a mantener un registro de la cobertura de sus medicamentos.

También se encuentra disponible un resumen de la *Explicación de beneficios* a solicitud. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

[*Note: Plans may insert other methods that members can get their Explanation of Benefits.*]

SECCIÓN 4 Su prima mensual de [*insert 2013 plan name*]

*[Plans with no premiums and whose members would never have to pay a late enrollment penalty (e.g., an I-SNP that enrolls full-benefit duals under an HCBS waiver and has $0 premium), may edit Section 4 as needed.]*

Sección 4.1 ¿Cuánto debe pagar por la prima de su plan?

Como miembro de nuestro plan, debe pagar una prima mensual del plan. [*Select one of the following:* Para el año 2013, la prima mensual de *[insert 2013 plan name]* es de [*insert monthly premium amount*]. *OR* La tabla siguiente muestra la prima mensual del plan para cada región en la que ofrecemos servicios. *OR* La tabla siguiente muestra la prima mensual del plan para cada plan que ofrecemos en el área de servicios. *OR* La cantidad de la prima mensual para *[insert 2013 plan name]* figura en [*describe attachment*].] Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o terceros paguen la prima de la Parte B por usted). [*Plans may insert a list of or table with the state/region and monthly plan premium amount for each area included within the EOC. Plans may also include premium(s) in an attachment to the EOC.*]

*[Plans with no premium should replace the preceding paragraph with:* Usted no debe pagar una prima mensual del plan *[insert 2013 plan name]*. Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o terceros paguen la prima de la Parte B por usted).

[*Insert if applicable:* Su cobertura es proporcionada a través de un contrato con su empleador actual o anterior, o un sindicato. Póngase en contacto con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato para obtener información sobre la prima de su plan.]

**En algunos casos, la prima de su plan puede ser menor.**

[*Plans with no monthly premium: Omit this subsection.*]

[*Insert as appropriate, depending on whether SPAPs are discussed in Chapter 2:* Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre estos se encuentran “Ayuda Adicional” y los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica. *OR* El programa “Ayuda Adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos.] La Sección 7 del Capítulo 2 le brinda más información acerca de [*insert as aplicable:* estos programas *OR* este programa]. Si es elegible, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual de su plan.

Si usted *ya está inscrito* y recibe ayuda de alguno de dichos programas, **la información acerca de las primas en la presente *Evidencia de Cobertura* [*insert as applicable:*** posiblemente no *OR* no] se aplica a usted. [*insert as appropriate:* Incluimos *OR* Enviamos] un aviso separado, conocido como “Anexo de la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como “Anexo de subsidio por bajos ingresos” o “Anexo LIS”) que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este anexo, llame a Servicios para Miembros y solicite el “Anexo LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual.)

**En algunos casos, la prima de su plan puede ser mayor**

En algunas situaciones, la prima del plan podría ser mayor que la cantidad que figura anteriormente en la Sección 4.1. [*Insert as appropriate:* Estas situaciones se describen *OR* Esta situación se describe] a continuación.

* *[Insert if applicable:* Si se inscribió para recibir beneficios adicionales, también conocido comos “beneficios suplementarios opcionales”, entonces usted paga una prima adicional mensual por estos beneficios adicionales. Si tiene alguna pregunta sobre las primas de su plan llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). *[If the plan describes optional supplemental benefits within Chapter 4, then the plan must include the premium amounts for those benefits in this section.]*]
* Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** debido a que no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o debido a que tuvieron un período de 63 días consecutivos o más sin una cobertura “acreditable” de medicamentos recetados. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio y cómo mínimo, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía se agrega a la prima mensual del plan. La cantidad de su prima será la prima mensual del plan más la cantidad de su multa por inscripción tardía.
  + En caso en que deba pagar la multa por inscripción tardía, la cantidad de la multa dependerá de cuánto se demoró en inscribirse en la cobertura de medicamentos o cuántos meses estuvo sin cobertura de medicamentos después de ser elegible. La Sección 10 del Capítulo 6 explica la multa por inscripción tardía.
  + Si debe pagar una multa por inscripción tardía y no lo hace, podría ser dado de baja del plan.

**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

*[Plans that include a Part B premium reduction benefit may describe the benefit within this section.]*

*[Plans with no monthly premium, omit:* Además de pagar la prima mensual del plan,] muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Tal como se explica en la Sección 2 anterior, para reunir los requisitos para nuestro plan, usted debe ser elegible para la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare. Por esta razón, algunos miembros del plan (que no son elegibles para la Parte A de Medicare sin prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan pagan una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para mantenerse como miembro del plan.**

Algunas personas pagan una cantidad adicional por la Parte D debido a su ingreso anual. Si su ingreso es de $85,000 o superior para una persona (o personas casadas que realizan la presentación por separado) o $170,000 o superior para parejas casadas, usted debe pagar una cantidad adicional directamente al gobierno (no al plan de Medicare) para la cobertura de la Parte D de Medicare.

* **Si debe pagar una cantidad adicional y no lo hace, será dado de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**
* Si debe pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, **no su plan Medicare**, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional.
* Si desea más información acerca de las primas de la Parte D sobre el ingreso, consulte la Sección 11 en el Capítulo 4 de este manual. Además, puede visitar el sitio Web http://www.medicare.gov o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y Usted* *2013* le informa acerca de las primas de Medicare en la sección denominada “Costos de Medicare 2013”. Esta sección explica cómo las primas de las Partes B y D de Medicare difieren para las personas con distintos ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada año durante el otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben dentro del mes de la inscripción. También puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2013* del sitio Web de Medicare (http://[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). O puede solicitar una copia impresa telefónicamente al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Existen distintas maneras de pagar la prima de su plan

*[Plans indicating in Section 4.1 that there is no monthly premium: Rename this section, “Si usted paga una multa por inscripción tardía en la Parte D, puede pagar su multa de varias maneras,” and use the alternative text as instructed below.]*

Existen [*insert number of payment options*] maneras en las que puede pagar la prima de su plan. *[Plans must indicate how the member can inform the plan of their premium payment option choice and the procedure for changing that choice.]*

Si decide cambiar la manera de pagar su prima, la entrada en vigencia de su nuevo método de pago puede demorar hasta tres meses. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de garantizar que la prima de su plan se pague oportunamente.

*[Plans without a monthly premium: Replace the preceding two paragraphs with the following:* Si usted paga una multa por inscripción tardía en la Parte D, hay [*insert number of payment options*] maneras de pagar la multa. *[Plans must indicate how the member can inform the plan of their premium payment option choice and the procedure for changing that choice.]*

Si decide cambiar la manera de pagar su multa por inscripción tardía, la entrada en vigencia de su nuevo método de pago puede demorar hasta tres meses. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de garantizar que la multa por inscripción tardía se pague oportunamente.*]*

**Opción 1: Puede pagar con cheque**

[*Insert plan specifics regarding premium/penalty payment intervals (e.g., monthly, quarterly- please note that beneficiaries must have the option to pay their premiums monthly), how they can pay by check, including an address, whether they can drop off a check in person, and by what day the check must be received (e.g., the 5th of each month). It should be emphasized that checks should be made payable to the Plan and not CMS nor HHS. If the Plan uses coupon books, explain when they will receive it and to call Member Services for a new one if they run out or lose it. In addition, include information if you charge for bounced checks.*]

**Opción 2: [*Insert option type*]**

[*If applicable: Insert information about other payment options. Or delete this option.*

*Include information about all relevant choices (e.g., automatically withdrawn from your checking or savings account, charged directly to your credit or debit card, or billed each month directly by the plan). Insert information on the frequency of automatic deductions (e.g., monthly, quarterly – please note that beneficiaries must have the option to pay their premiums monthly), the approximate day of the month the deduction will be made, and how this can be set up.*]

**Opción [*insert number*]: Se puede deducir la [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía] de su cheque mensual del Seguro Social**

Se puede deducir la [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía] de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo pagar la [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa] de este modo. Será un placer ayudarle a establecer este sistema. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual.)

**Qué hacer en caso de tener problemas para pagar la [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía]**

*[Plans that do not disenroll members for non-payment may modify this section as needed.]*

Su [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía] vence en nuestra oficina el [*insert day of the month*]. Si no recibimos el pago de la [*plans with a premium insert:* prima] [*plans without a premium insert:* multa] antes de [*insert day of the month*], le enviaremos un aviso informándole la terminación del plan si no recibimos la [*plans with a premium insert:* prima] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía] dentro de [*insert length of plan grace period*].

En caso de tener problemas para pagar la [*plans with a premium insert:* prima] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía] a tiempo, comuníquese con Servicios para Miembros para saber si le podemos recomendar programas que lo ayudarán con la [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa]. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual.)

Si se da por terminada su membresía debido a la falta de pago de la [*plans with a premium insert:* prima del plan] [*plans without a premium insert:* multa], es posible que no pueda recibir cobertura de la Parte D hasta el próximo año si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. Durante el período de inscripción anual, podrá inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados o en un plan de salud que también proporcione cobertura de medicamentos. (Si permanece sin cobertura de medicamentos “acreditable” durante más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía mientras tenga cobertura de la Parte D.)

Si se da por terminada su membresía debido a la falta de pago de la [*plans with a premium insert:* prima] [*plans without a premium insert:* multa por inscripción tardía], tendrá cobertura de salud dentro de Medicare Original.

*[Insert if applicable:* Al momento de terminar su membresía, es posible que usted aún nos deba [*plans with a premium insert:* primas] [*plans without a premium insert:* la multa] que no pagó. *[Insert one or both statements as applicable for the plan:* Tenemos el derecho de perseguir el cobro de [*plans with a premium insert:* las primas] [*plans without a premium insert:* la multa] que usted adeuda. *AND/OR* En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (u otro plan ofrecido por nosotros) deberá pagar la cantidad adeudada antes de poder inscribirse.]]

Si piensa que dimos por terminada su membresía por error, tiene el derecho de solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una queja. La Sección 9 en el Capítulo 10 de este manual le indica cómo presentar una queja. Si tuvo una situación de emergencia fuera de su control que le impidió pagar sus primas dentro de nuestro período de gracia, puede solicitar a Medicare que reconsidere esta decisión llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.3 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

**No.** *[Plans with no premium replace next sentence with the following:* No se nos permite comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año.] No se nos permite cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si cambia la prima mensual del plan para el año próximo le informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia desde el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que debe pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si es elegible para el programa Ayuda Adicional o si pierde la elegibilidad para el programa Ayuda Adicional durante el año. Si un miembro es elegible para la Ayuda Adicional con los costos de las recetas médicas, el programa Ayuda Adicional pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Por lo tanto, un miembro que es elegible para la Ayuda Adicional durante el año comenzaría a pagar menos por su prima mensual. El miembro que pierda la elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. Podrá conocer más acerca del programa Ayuda Adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

*[Plans with no premium replace the previous paragraph with the following:* No obstante, en algunos casos es posible que usted deba comenzar a pagar o pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (Es posible que la multa por inscripción tardía se aplique si usted no tuvo una cobertura “acreditable” de medicamentos recetados durante un período de 63 días consecutivos o más.) Esto podría suceder si es elegible para el programa de Ayuda Adicional o si pierde la elegibilidad para el programa de Ayuda Adicional durante el año:

* Si actualmente paga la multa por inscripción tardía y reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional durante el año, podría dejar de pagar su multa.
* Si actualmente el programa de Ayuda Adicional paga su multa por inscripción tardía y usted pierde su elegibilidad durante el año, deberá comenzar a pagar su multa.

Podrá conocer más acerca del programa de Ayuda Adicional en la Sección 7 del Capítulo 2.]

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Sección 5.1 Cómo ayudar a garantizar que tengamos información precisa sobre usted

*[In the heading and this section, plans should substitute the name used for this file if different from “membership record.”]*

Su registro de miembro tiene la información del formulario de inscripción, incluyendo su dirección y su número de teléfono. El registro muestra la cobertura específica de su plan [*insert as appropriate:* incluyendo su Médico de cuidados primarios/Grupo médico/IPA].

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener su información personal correcta. Dichos proveedores de la red usan su registro de miembro para conocer los servicios y medicamentos que están cubiertos y las cantidades del costo compartido. Por consiguiente, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

**Infórmenos sobre los siguientes cambios:**

* Cambios a su nombre, dirección o número de teléfono
* Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como por ejemplo de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación al trabajador o Medicaid)
* Si tiene reclamaciones de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
* Si fue admitido en un asilo de ancianos
* Si recibe atención médica en un hospital o sala de emergencia fuera del área o fuera de la red
* Si cambia la persona responsable designada (como por ejemplo, el cuidador)
* Si está participando en un estudio de investigación clínica

Si cambia alguna de esta información, llame a Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). *[Plans that allow members to update this information on-line may describe that option here.]*

**Lea toda la información que le enviamos acerca de cualquier otra cobertura de seguros que tenga usted**

*[Plans collecting information by phone revise heading and section as needed to reflect process.]* Medicare exige que recopilemos información acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted pueda tener. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que posea con sus beneficios dentro de nuestro plan. (Para obtener más información acerca de cómo funciona nuestra cobertura cuando usted posee otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo.)

Una vez al año, le enviaremos una carta donde figura cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea toda la información detenidamente. Si es correcta, no deberá hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no se encuentra allí, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud

Sección 6.1 Nos aseguramos de proteger su información de salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos e información personal de salud. Protegemos su información personal de salud como lo exigen estas leyes.

Si desea más información acerca de cómo protegemos su información personal de salud, consulte la Sección 1.4 en el Capítulo 8 de este manual.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan los otros seguros con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura grupal de su empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se conoce como “pagador primario” y paga hasta el límite de su cobertura. El otro es el “pagador secundario”, y sólo paga si existe algún costo pendiente que el pagador primario no cubrió. El pagador secundario podría no pagar por todos los costos que no estén cubiertos por su plan.

Las siguientes normas se aplican a la cobertura del plan de salud grupal de su empleador o sindicato:

* Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
* Si su cobertura proviene del empleador actual suyo o de un miembro de su familia, el que paga primero dependerá de su edad, la cantidad de empleados que tenga el empleador y si usted tiene Medicare por su edad, por una discapacidad o porque padece Enfermedad Renal Terminal (ESRD):
  + Si tiene menos de 65 años y es discapacitado y usted o su familiar está trabajando, su plan paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si por lo menos un empleador de su plan de empleadores múltiples, tiene más de 100 empleados.
  + Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge está trabajando, su plan paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si por lo menos un empleador de su plan de empleadores múltiples, tiene más de 20 empleados.
* Si tiene Medicare porque padece Enfermedad Renal Terminal (ESRD), su plan paga primero en todos los casos durante los 30 primeros meses que usted tenga Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

* Seguro sin parte culpable (incluido el seguro de automóvil)
* Seguro de responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
* Seguro médico para mineros (“pulmón negro”)
* Compensación al trabajador

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Sólo pagan después de que Medicare, su plan de salud grupal y/o Medigap hayan pagado.

Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o necesita actualizar la información sobre su otro seguro, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual.) Tal vez deba darle a su otro seguro su número de Medicare (después de haber confirmado la identidad) para que sus cuentas se paguen correctamente y puntualmente.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de *[Insert 2013 plan name]* (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicios para Miembros del plan) 23

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) 30

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare) 32

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de Calidad (pagado por Medicare para controlar la calidad de la atención de las personas con Medicare) 33

SECCIÓN 5 Seguro Social 34

SECCIÓN 6 Medicaid (programa conjunto federal y estatal que proporciona ayuda con los costos médicos a algunas personas de bajos recursos e ingresos limitados) 35

SECCIÓN 7 Información acerca de programas para ayudar a las personas a pagar sus recetas médicas 37

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario 41

SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador? 41

SECCIÓN 1 Contactos de *[Insert 2013 plan name]*   
(cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicios para Miembros del plan)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros del plan

Para recibir ayuda con reclamos o facturación, o si tiene preguntas acerca de la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de *[insert 2013 plan name].* Será un placer ayudarle.

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicios para Miembros** | |
| **LLAME** | [*Insert phone number(s)*]  Las llamadas a este número son gratis. [*Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.*]  Los Servicios para Miembros también tienen servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | [*Insert number*]  *[Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. [*Insert days and hours of operation.*] |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number*] |
| **ESCRIBA A** | [*Insert address*]  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | [*Insert URL*] |

*[****Note****: If your plan uses the same contact information for the Part C and Part D issues indicated below, you may combine the appropriate sections and revise the section titles and paragraphs as needed.]*

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura acerca de su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Si desea más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura de atención médica, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Si tiene preguntas acerca del proceso de decisión de cobertura, puede comunicarse con nosotros.

|  |  |
| --- | --- |
| **Decisiones de cobertura de atención médica** | |
| **LLAME** | [*Insert phone number*]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. [*Insert days and hours of operation]* *[****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here.] [****Note****: If you have a different number for accepting expedited organization determinations, also include that number here.]* |
| **TTY** | [*Insert number*]  *[Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. [*Insert days and hours of operation]* *[****Note****: If you have a different TTY number for accepting expedited organization determinations, also include that number here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [****Note****: If you have a different fax number for accepting expedited organization determinations, also include that number here.]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have a different address for accepting expedited organization determinations, also include that address here.]* |
| **SITIO WEB** | [*Optional:* *Insert URL*] |

Cómo comunicarse con nosotros para realizar una apelación relacionada con su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y el cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado. Si desea más información acerca de cómo realizar una apelación relacionada con su atención médica, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

|  |  |
| --- | --- |
| **Apelaciones para atención médica** | |
| **LLAME** | [*Insert phone number*]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. [*Insert days and hours of operation]* *[****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here.] [****Note****: If you have a different number for accepting expedited appeals, also include that number here.]* |
| **TTY** | [*Insert number*]  *[Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. [*Insert days and hours of operation]* *[****Note****: If you have a different TTY number for accepting expedited appeals, also include that number here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [****Note****: If you have a different fax number for accepting expedited appeals, also include that number here.]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have a different address for accepting expedited appeals, also include that address here.]* |
| **SITIO WEB** | [*Optional:* *Insert URL*] |

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja acerca de su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, incluyendo una queja acerca de la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye disputas sobre pagos o coberturas. (Si su problema es acerca de la cobertura o pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre la presentación de una apelación.) Si desea más información acerca de cómo presentar una queja acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

|  |  |
| --- | --- |
| **Quejas acerca de la atención médica** | |
| **LLAME** | [*Insert phone number*]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. [*Insert days and hours of operation]* *[****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here.] [****Note****: If you have a different number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **TTY** | [*Insert number*]  *[Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. [*Insert days and hours of operation]* *[****Note****: If you have a different TTY number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [****Note****: If you have a different fax number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have a different address for accepting expedited grievances, also include that address here.]* |
| **SITIO WEB DE MEDICARE** | Puede presentar una queja respecto de *[insert 2013 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare a través de Internet, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. |

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura acerca de los medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados de la Parte D. Si desea más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura acerca de los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

|  |  |
| --- | --- |
| **Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D** | |
| **LLAME** | [*Insert phone number*]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. [*Insert days and hours of operation]* *[****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here.] [****Note****: If you have different numbers for accepting standard and expedited coverage determinations, include both numbers here.]* |
| **TTY** | [*Insert number*]  *[Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. [*Insert days and hours of operation]* *[****Note****: If you have different TTY numbers for accepting standard and expedited coverage determinations, include both numbers here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [****Note****: If you have different fax numbers for accepting standard and expedited coverage determinations, include both numbers here.]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have different addresses for accepting standard and expedited coverage determinations, include both addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | [*Insert URL*] |

Cómo comunicarse con nosotros para realizar una apelación acerca de los medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y el cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado. Si desea más información acerca de cómo realizar una apelación relacionada con los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

|  |  |
| --- | --- |
| **Apelaciones para los medicamentos recetados de la Parte D** | |
| **LLAME** | [*Insert phone number*]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. [*Insert days and hours of operation]* *[****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here.] [****Note****: You are required to accept expedited appeal requests by phone, and may choose to accept standard appeal requests by phone. If you choose to accept standard appeal requests by phone and you have different numbers for accepting standard and expedited appeals, include both numbers here.]* |
| **TTY** | [*Insert number*]  *[Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. [*Insert days and hours of operation]* *[****Note****: You are required to accept expedited appeal requests by phone, and may choose to accept standard appeal requests by phone. If you choose to accept standard appeal requests by phone and you have different TTY numbers for accepting standard and expedited appeals, include both numbers here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [****Note****: If you have different fax numbers for accepting standard and expedited appeals, include both numbers here.]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have different addresses for accepting standard and expedited appeals, include both addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | [*Insert URL*] |

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja acerca de los medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nuestro plan o una de nuestras farmacias de la red, incluyendo una queja acerca de la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye disputas sobre pagos o coberturas. (Si su problema es acerca de la cobertura o pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre la presentación de una apelación.) Si desea más información acerca de cómo presentar una queja relacionada con los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

|  |  |
| --- | --- |
| **Quejas acerca de los medicamentos recetados de la Parte D** | |
| **LLAME** | [*Insert phone number*]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. [*Insert days and hours of operation]* *[****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here.] [****Note****: If you have different numbers for accepting standard and expedited grievances, include both numbers here.]* |
| **TTY** | [*Insert number*]  *[Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. [*Insert days and hours of operation]* *[****Note****: If you have different TTY numbers for accepting standard and expedited grievances, include both numbers here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [****Note****: If you have different fax numbers for accepting standard and expedited grievances, include both numbers here.]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have different addresses for accepting standard and expedited grievances, include both addresses here.]* |
| **SITIO WEB DE MEDICARE** | Puede presentar una queja respecto de *[insert 2013 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare a través de Internet, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. |

Dónde enviar la solicitud de pago de la parte del costo que nos corresponde por la atención médica o un medicamento recibido

Si desea más información acerca de situaciones en las que necesite solicitar un reembolso o pagar una factura recibida de un proveedor, consulte el Capítulo 7 *(Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos)*.

**Tenga en cuenta:** Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))*.

*[Plans with different addresses and/or numbers for Part C and Part D claims may modify the table below or add a second table as needed.]*

|  |  |
| --- | --- |
| **Solicitudes de pago** | |
| **LLAME** | [*Optional: Insert phone number and days and hours of operation*] *[****Note****: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by phone.]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. |
| **TTY** | [*Optional: Insert number*] *[****Note****: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by phone.]*  *[Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. [*Insert days and hours of operation]* |
| **FAX** | [*Optional:* *Insert fax number*] *[****Note****: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by fax.]* |
| **ESCRIBA A** | [*Insert address*] |
| **SITIO WEB** | [*Insert URL*] |

SECCIÓN 2 Medicare   
(cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal que está a cargo del programa Medicare es Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamado “CMS”, por sus siglas en inglés). Esta agencia tiene un contrato con las organizaciones de Medicare Advantage que nos incluye a nosotros.

|  |  |
| --- | --- |
| **Medicare** | |
| **LLAME** | 1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227  Las llamadas a este número son gratis.  Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. |
| **TTY** | 1-877-486-2048  Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz.  Las llamadas a este número son gratis. |
| **SITIO WEB** | http://www.medicare.gov  Éste es el sitio web oficial del gobierno de Medicare.Le ofrece información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. Además, posee información sobre hospitales, asilos de ancianos, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye manuales que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los contactos de Medicare en su estado.  Asimismo, el sitio web de Medicare posee información detallada acerca de sus opciones de elegibilidad e inscripción en Medicare con las siguientes herramientas:   * **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** Proporciona información del estado de elegibilidad de Medicare. * **Buscador de planes de Medicare:** Proporciona información personalizada acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare, y las pólizas Medigap (seguro suplementario a Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan un *estimado* de lo que podrían ser los gastos directos de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.   También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga respecto de *[insert 2013 plan name]*:   * **Informe a Medicare acerca de su queja:** Puede presentar una queja respecto de *[insert 2013 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas con seriedad y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa Medicare.   Si no tiene una computadora, su biblioteca local o el centro para personas de la tercera edad pueden ayudarle a visitar el sitio web desde una computadora. O puede llamar a Medicare e indicarles la información que está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) |

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare)

[*Organizations offering plans in multiple states: Revise the second and third paragraphs in this section to use the generic name (“Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud” or “SHIP”), and include a list of names, phone numbers, and addresses for all SHIPs in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list information for all states in which the plan is filed, and should make reference to that exhibit below.*]

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. *[Multiple-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find SHIP information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* Ésta es una lista de los Programas Estatales de Asistencia sobre Seguros de Salud en cada estado donde prestamos servicios:] *[Multiple-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* En *[insert state],* el programa SHIP se llama *[insert state-specific SHIP name].*

[*Insert state-specific SHIP name*] es independiente (no tiene conexión con ninguna aseguradora o plan médico). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para proporcionar asesoramiento local gratuito a las personas con Medicare.

Los asesores de *[Insert state-specific SHIP name]* pueden ayudarle con sus preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, y a solucionar los problemas con las facturas de Medicare. Además, los asesores de [*Insert state-specific SHIP name*] pueden ayudarle a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca del cambio de plan.

|  |  |
| --- | --- |
| **[*Insert state-specific SHIP name*] *[If the SHIP’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]* SHIP)*]*** | |
| **LLAME** | [*Insert phone number(s)*] |
| **TTY** | [*Insert number, if available. Or delete this row.*]  *[Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz.] |
| **ESCRIBA A** | [*Insert address*] |
| **SITIO WEB** | [*Insert URL*] |

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de Calidad  
(pagado por Medicare para controlar la calidad de la atención de las personas con Medicare)

[*Organizations offering plans in multiple states: Revise the second and third paragraphs of this section to use the generic name (“Organización para el Mejoramiento de Calidad”) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all QIOs in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list the QIOs in all states, or in all states in which the plan is filed, and should make reference to that exhibit below.*]

En cada estado existe una Organización para el Mejoramiento de Calidad. *[Multi-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find QIO information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* Ésta es una lista de las Organizaciones para el Mejoramiento de Calidad en cada estado donde prestamos servicios:] *[Multi-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* En [*insert state*], la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama [*insert state-specific QIO name*].

[*Insert state-specific QIO name*] cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. [*Insert state-specific QIO name*] es una organización independiente. No tiene conexión con nuestro plan.

Debe comunicarse con [*insert state-specific QIO name*] en cualquiera de las siguientes situaciones:

* Si tiene una queja acerca de la calidad de atención recibida.
* Si piensa que la cobertura de su estadía en el hospital está terminando antes de tiempo.
* Piensa que la cobertura de los servicios de cuidado de la salud en el hogar, del centro de enfermería especializada o del centro ambulatorio de rehabilitación completa (CORF, por su sigla en inglés) están terminando ates de tiempo.

|  |  |
| --- | --- |
| **[*Insert state-specific QIO name*] *[If the QIO’s name does not include the name of the state, add:* (Organización para el Mejoramiento de Calidad de *[insert state name]*)*]*** | |
| **LLAME** | [*Insert phone number(s)*] |
| **TTY** | [*Insert number, if available. Or delete this row.*]  *[Insert if the QIO uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz.] |
| **ESCRIBA A** | [*Insert address*] |
| **SITIO WEB** | [*Insert URL*] |

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar la inscripción a Medicare. Los ciudadanos de Estados Unidos de 65 años o más, o con discapacidades, o que padezcan Enfermedad Renal Terminal y cumplan con ciertas condiciones, son elegibles para tener Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción a Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción a Medicare. Para solicitar Medicare, puede comunicarse con el Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también se ocupa de determinar quién debe pagar una cantidad extra por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a un ingreso superior. Si recibe una carta del Seguro Social informándole que debe pagar este monto adicional y tiene preguntas relacionadas con la cantidad o si su ingreso disminuyó por un acontecimiento que cambió su vida, usted puede llamar al Seguro Social y solicitar una reconsideración.

|  |  |
| --- | --- |
| **Seguro Social** | |
| **LLAME** | 1-800-772-1213  Las llamadas a este número son gratis.  Disponible de 7:00 AM a 7:00 PM de lunes a viernes.  Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para escuchar la información grabada y realizar algunos trámites durante las 24 horas. |
| **TTY** | 1-800-325-0778  Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz.  Las llamadas a este número son gratis.  Disponible de 7:00 AM a 7:00 PM de lunes a viernes. |
| **SITIO WEB** | http://www.ssa.gov |

SECCIÓN 6 Medicaid   
(programa conjunto federal y estatal que proporciona ayuda con los costos médicos a algunas personas de bajos recursos e ingresos limitados)

[*Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to include a list of agency names, phone numbers, and addresses for all states in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list the QIOs in all states, or in all states in which the plan is filed, and should make reference to that exhibit below.*]

[*Plans may adapt this generic discussion of Medicaid to reflect the name or features of the Medicaid program in the plan’s state or states.*]

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que proporciona ayuda con los costos médicos a algunas personas de bajos recursos e ingresos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para tener Medicaid.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid y que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como las primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a las personas de bajos recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero cada año:

* **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (QMB+).)
* **Beneficiario calificado de Medicare especificado de bajos ingresos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (SLMB+).)
* **Persona calificada (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Está previsto que el programa QI finalice el 31 de diciembre de 2012.)
* **Trabajadores discapacitados calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si desea más información acerca de Medicaid y sus programas, comuníquese con [*insert state-specific Medicaid agency*].

|  |  |
| --- | --- |
| **[*Insert state-specific Medicaid agency*] *[If the agency’s name does not include the name of the state, add:* (Programa Medicaid de *[insert state name]*)*]*** | |
| **LLAME** | [*Insert phone number(s)*] |
| **TTY** | [*Insert number, if available. Or delete this row.*]  *[Insert if the state Medicaid program uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz.] |
| **ESCRIBA A** | [*Insert address*] |
| **SITIO WEB** | [*Insert URL*] |

SECCIÓN 7 Información acerca de programas para ayudar a las personas a pagar sus recetas médicas

**Programa “Ayuda Adicional” de Medicare**

Medicare les proporciona a las personas con ingresos y recursos limitados una “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su vivienda o su automóvil. Si es elegible, obtendrá ayuda para pagar cualquier prima mensual de su plan de recetas médicas, el deducible anual, y los copagos de recetas. Esta Ayuda Adicional también se tendrá en cuenta para los gastos directos de su bolsillo.

Las personas con ingresos y recursos limitados podrían ser elegibles para recibir Ayuda Adicional. Algunas personas son elegibles automáticamente para la Ayuda Adicional y no necesitan inscribirse. Medicare les envía una carta a las personas que son elegibles automáticamente para la Ayuda Adicional.

Puede recibir Ayuda Adicional para pagar las primas y los costos de sus recetas médicas. Para saber si es elegible para obtener la Ayuda Adicional, llame al:

* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
* La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7 AM a 7 PM, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-800-325-0778; o bien
* La oficina de Medicaid de su estado. (Consulte la información de contacto en la Sección 6 de este capítulo.)

Si cree que es elegible para la Ayuda Adicional y cree que está pagando una cantidad de costo compartido incorrecto al recibir su receta en la farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener una prueba sobre cuál es su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la prueba, que nos la proporcione.

* *[Note: Insert plan’s process for allowing beneficiaries to request assistance with obtaining best available evidence, and for providing this evidence.]*
* Cuando recibamos la prueba que muestre el nivel de su copago, actualizaremos nuestro sistema de manera que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga la próxima receta en la farmacia. Si pagó de más por su copago, le reembolsaremos la cantidad correspondiente. Le enviaremos un cheque con la cantidad del sobrepago, o bien deduciremos copagos futuros. Si la farmacia no ha recibido el copago y usted tiene esa deuda, le pagaremos directamente a la farmacia. Si el estado realizó el pago en su nombre, le pagaremos directamente al estado. Póngase en contacto con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

[*Plans in U.S. Territories: replace the Extra Help section with the following language if the EOC is used for plans only in the U.S. Territories. Add the following language to the Extra Help section if the EOC is used for plans in the U.S Territories and mainland regions:* Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana cuentan con programas para ayudar a las personas con recursos e ingresos limitados a pagar sus costos de Medicare. Los programas varían en estas áreas. Llame a su oficina local de Asistencia Médica (Medicaid) para obtener información sobre sus normas (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 de este capítulo). O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y seleccione “Medicaid” para obtener más información. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar el sitio web http://www.medicare.gov para obtener más información.]

**Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura**

*[Insert if the plan offers additional coverage in the gap:* El Programa de Medicare de descuentos durante el Período sin Cobertura se encuentra disponible en todo el país. Debido a que *[insert 2013 plan name*] ofrece cobertura adicional durante esta etapa, en ciertas ocasiones los gastos directos de su bolsillo serán inferiores a los costos descritos en este manual. Consulte la Sección 6 del Capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura durante el Período sin Cobertura.]

*[Insert if the plan does not have a coverage gap:* El Programa de Medicare de descuentos durante el Período sin Cobertura se encuentra disponible en todo el país. Debido a que *[insert 2013 plan name]* no tiene una brecha de cobertura, los descuentos que se describen aquí no se aplican en su caso.

En lugar de los mismos, el plan continuará cubriendo sus medicamentos por la cantidad habitual de costo compartido hasta que usted reúna los requisitos para la Etapa de Cobertura Catastrófica. Consulte la Sección 5 del Capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa de Cobertura Inicial.] ]

El Programa de Medicare de descuentos durante el Período sin Cobertura proporciona descuentos del fabricante en los medicamentos de marca a los miembros inscritos en la Parte D que han llegado a la brecha de cobertura y no reciben “Ayuda Adicional”. Un descuento del 50% sobre el precio negociado (sin incluir los costos por entrega y vacunación, si existieran) se encuentra disponible para los medicamentos de marca de fabricantes que hayan acordado pagar el descuento. El plan paga un 2.5% adicional y usted paga el 47.5% restante por sus medicamentos de marca.

Si usted llega a la brecha de cobertura, automáticamente aplicaremos el descuento cuando la farmacia le facture su receta y la Explicación de Beneficios (EOB) mostrará los descuentos proporcionados. Tanto la cantidad que usted paga como la cantidad descontada por el fabricante se tienen en cuenta para el gasto directo de su bolsillo como si hubiera pagado esa cantidad y lo ayuda a pasar a la Etapa de Falta de Cobertur o al Periodo sin Cobertura.

Además, recibe cobertura para algunos medicamentos genéricos. Si llega al periodo sin cobertura, el plan paga el 21% del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 79% restante del precio. La cobertura para medicamentos genéricos funciona de manera diferente a la cobertura para medicamentos de marca. Para los medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (21%) no se tiene en cuenta para el gasto directo de su bolsillo. Solamente cuenta la cantidad que usted paga y que le ayuda a pasar al periodo sin cobertura. Además, la tarifa de suministro está incluida como parte del costo del medicamento.

Si tiene alguna pregunta acerca de la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que esté tomando o acerca del Programa de Medicare de descuentos durante el periodo sin cobertura en general, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

**¿Qué sucede si usted tiene cobertura del Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP)?**

*[Plans without an SPAP in their state(s), should delete this section.]*

Si está inscrito en el Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés), o cualquier otro programa que proporciona cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea Ayuda Adicional), aún así recibe el 50% de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 2.5% del costo de los medicamentos de marca durante la brecha de cobertura. El 50% de descuento y el 2.5% pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de la cobertura de SPAP u otra cobertura.

**¿Qué sucede si usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de las recetas médicas? ¿Puede recibir los descuentos?**

No. Si usted recibe Ayuda Adicional, ya cuenta con cobertura para los costos de medicamentos recetados durante la brecha de cobertura.

**¿Qué sucede si no recibe un descuento que usted cree que debería tener?**

Si cree que ha llegado a la brecha de cobertura y no recibió un descuento al pagar por sus medicamentos de marca, debe consultar el próximo aviso de la *Explicación de Beneficios* (EOB). Si el descuento no aparece en la *Explicación de Beneficios*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de recetas son correctos y están actualizados. Si no estamos de acuerdo que le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación por parte del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica**

*[Plans without an SPAP in their state(s), should delete this section.]*

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to include a list of SPAP names, phone numbers, and addresses for all states in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list the SPAPs in all states or in all states in which the plan is filed and should make reference to that exhibit below*.]

Muchos estados tienen Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos recetados según sus necesidades económicas, su edad o su problema de salud. Cada estado posee normas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

Dichos programas proporcionan ayuda financiera para medicamentos recetados a personas con discapacidades y a personas de la tercera edad con necesidades médicas y bajos ingresos. *[Multiple-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find SPAP information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* Ésta es una lista de los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica en cada estado donde prestamos servicios:] *[Multi-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* En [*insert state name*], el Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica es [*insert state-specific SPAP name*].

|  |  |
| --- | --- |
| ***[Insert state-specific SPAP name] [If the SPAP’s name does not include the name of the state, add:* (Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica de *[insert state name]*)*]*** | |
| **LLAME** | [*Insert phone number(s)*] |
| **TTY** | [*Insert number, if available. Or delete this row.*]  *[Insert if the SPAP uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz.] |
| **ESCRIBA A** | [*Insert address*] |
| **SITIO WEB** | [*Insert URL*] |

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si tiene preguntas acerca de los beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

|  |  |
| --- | --- |
| **Junta de Retiro Ferroviario** | |
| **LLAME** | 1-877-772-5772  Las llamadas a este número son gratis.  Disponible de 9:00 AM a 3:30 PM de lunes a viernes.  Si tiene un teléfono de marcación por tonos, usted dispondrá de información grabada y servicios automatizados las 24 horas del día, incluso los fines de semana y feriados. |
| **TTY** | 1-312-751-4701  Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz.  Las llamadas a este número *no* son gratuitas. |
| **SITIO WEB** | http://www.rrb.gov |

SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe los beneficios de su empleador (o el de su cónyuge) o un grupo de jubilados, comuníquese con el administrador de beneficios del empleador/sindicato o Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede solicitar información acerca de los beneficios de salud, primas o período de inscripción de su empleador (o el de su cónyuge) o para jubilados. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual.)

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o plan grupal de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con el **administrador de beneficios del grupo**.El administrador de beneficios le puede ayudar a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber para obtener cobertura de atención médica como miembro de nuestro plan 44

Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red" y los “servicios cubiertos”? 44

Sección 1.2 Normas básicas para recibir la atención médica cubierta por el plan 44

SECCIÓN 2 Uso de los proveedores de la red del plan para recibir atención médica 46

Sección 2.1 Usted [*insert as applicable:* puede OR debe] elegir un médico de cuidados primarios (PCP) para que proporcione y supervise su atención médica 46

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin obtener la aprobación previa de su médico de cuidados primarios (PCP)? 46

Sección 2.3 Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red 47

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores que no pertenecen a la red 48

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos en caso de una emergencia o necesidad urgente de atención médica 48

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica 48

Sección 3.2 Obtención de atención médica en caso de urgencia 49

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 50

Sección 4.1 Puede solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de los servicios cubiertos 50

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total 50

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”? 51

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”? 51

Sección 5.2 Cuándo usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué? 52

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa no médica para servicios de salud” 53

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica para servicios de salud? 53

Sección 6.2 ¿Qué atención por parte de una institución religiosa no médica para servicios de salud está cubierta por nuestro plan? 54

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 54

Sección 7.1 ¿Será poseedor de su equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan? 54

SECCIÓN 1 Lo que debe saber para obtener cobertura de atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que debe saber para usar el plan de manera que su atención médica esté cubierta. Le proporciona definiciones de términos y le explica las normas que deberá cumplir para recibir los tratamientos médicos, servicios y otros cuidados médicos cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto debe pagar cuando recibe dicha atención, utilice la tabla de beneficios del siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red" y los “servicios cubiertos”?

Éstas son algunas definiciones que pueden ayudarle a comprender cómo recibir la atención y los servicios que usted tiene cubiertos como miembro de nuestro plan:

* Los “**proveedores**” son médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para proporcionar servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
* Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de costo compartido como pago total. Hemos coordinado que dichos proveedores brinden los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. *[Plans may delete the next sentence if it is not applicable:]* Los proveedores de la red generalmente nos facturan directamente la atención que le brindan a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, generalmente paga sólo la parte del costo que le corresponde de los servicios.
* Los “**servicios cubiertos**” incluyen toda la atención médica, los servicios de atención de la salud, los suministros y equipos que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos para atención médica se encuentran en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para recibir la atención médica cubierta por el plan

Como plan de salud de Medicare, *[insert 2013 plan name]* debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe cumplir con las normas de cobertura de Medicare Original.

*[Insert 2013 plan name]* generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

* **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual).
* **La atención que reciba se considere necesaria por razones médicas.** “Necesario por razones médicas” significa que los servicios, suministros y medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su problema de salud y cumplen con los estándares aceptados de la buena práctica médica.
* *[Plans may omit or edit the PCP-related bullets as necessary]* **Usted tenga un médico de cuidados primarios (PCP, por sus siglas en inglés) de la red que proporcione y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un médico de cuidados primarios de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  + En la mayoría de las situaciones, [*insert as applicable:* su médico de cuidados primarios (PCP) de la red *OR* nuestro plan] debe dar su aprobación previa antes de poder usar otros proveedores de la red del plan, como por ejemplo especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada, o agencias de cuidados de la salud en el hogar. Esto se conoce como “referido”. Si desea más información, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  + No es necesario ser referido por su médico de cuidados primarios para recibir servicios de emergencia o atención urgente. Además, existen otras clases de atención que puede recibir sin necesitar la aprobación previa de su médico de cuidados primarios (para obtener más información, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
* *[Plans with a POS option may edit the network provider bullets as necessary.]* **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no sea parte de la red del plan) no estará cubierta. *Estas son tres excepciones:*
  + El plan cubre los servicios de emergencia o la atención urgente que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para saber qué significa servicios de emergencia o atención urgente, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  + Si necesita atención médica que Medicare requiere que sea cubierta por nuestro plan y los proveedores de la red no pueden proporcionar esa atención, puede recibirla de un proveedor fuera de la red. *[Plans may specify if authorization should be obtained from the plan prior to seeking care.]* En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si hubiera recibido la atención de un proveedor de la red. Si desea más información acerca de la obtención de aprobación para consultar un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
  + Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado de Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Uso de los proveedores de la red del plan para recibir atención médica

Sección 2.1 Usted [*insert as applicable:* puede OR debe] elegir un médico de cuidados primarios (PCP) para que proporcione y supervise su atención médica

*[****Note****: Insert this section only if plan uses PCPs. Plans may edit this section to refer to a Physician of Choice (POC) instead of PCP.]*

**¿Qué es un médico de cuidados primarios o un “PCP” y qué hace por usted?**

*[Plans should describe the following in the context of their plans:*

* *What is a PCP?*
* *What types of providers may act as a PCP?*
* *Explain the role of a PCP in your plan.*
* *What is the role of the PCP in coordinating covered services?*
* *What is the role of the PCP in making decisions about or obtaining prior authorization, if applicable?]*

**¿Cómo selecciona su médico de cuidados primarios (PCP)?**

*[Plans should describe how to choose a PCP.]*

**Cambio de su médico de cuidados primarios (PCP)**

Puede cambiar su médico de cuidados primarios (PCP) por cualquier motivo en cualquier momento. Además, es posible que su médico de cuidados primarios deje de pertenecer a la red de proveedores del plan por lo que debería buscar un nuevo médico de cuidados primarios.

*[Plans should describe how to change a PCP and indicate when that change will take effect (e.g., on the first day of the month following the date of the request, immediately upon receipt of request, etc.).]*

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin obtener la aprobación previa de su médico de cuidados primarios?

*[Note: Insert this section only if plans use PCPs or require referrals to network providers.]*

Puede recibir los servicios que se indican a continuación sin obtener la aprobación previa de su médico de cuidados primarios (PCP).

* Atención médica femenina de rutina, lo que incluye exámenes del seno, mamografías (radiografías del seno), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos *[insert if applicable:* siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red].
* Vacunas contra la gripe [*insert if applicable:* , vacunas contra la hepatitis B y la neumonía] *[insert if appropriate: s*iempre y cuando los reciba de un proveedor de la red].
* Servicios de emergencia que reciba de proveedores dentro o fuera de la red.
* Atención de urgencia que reciba de proveedores dentro o fuera de la red cuando los proveedores de la red temporalmente no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos, por ejemplo, cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.
* Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado de Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si fuera posible, comuníquese con Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar el servicio de diálisis de mantenimiento para usted mientras se encuentre de viaje. Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual.)
* *[Plans should add additional bullets as appropriate.]*

Sección 2.3 Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo en particular. Existen muchos tipos de especialistas. Éstos son algunos ejemplos:

* Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
* Los cardiólogos atienden a pacientes con enfermedades cardíacas.
* Los traumatólogos atienden a pacientes con ciertas enfermedades óseas, musculares o articulares.

*[Plans should describe how members access specialists and other network providers, including:*

* *What is the role (if any) of the PCP in referring members to specialists and other providers?*
* *Include an explanation of the process for obtaining PA, including who makes the PA decision (e.g., the plan, PCP, another entity) and who is responsible for obtaining the prior authorization (e.g., PCP, member). Refer members to Chapter 4, Section 2.1 for information about which services require prior authorization.*
* *Explain if the selection of a PCP results in being limited to specific specialists or hospitals to which that PCP refers, i.e. sub-network, referral circles.]*

**¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red abandona el plan?**

En algunas ocasiones, es posible que un especialista, clínica, hospital u otro proveedor de la red que lo atiende abandone el plan. *[Plans should describe what happens when a provider leaves the network. (Instructing members to call Member Services for instructions is not describing the process.) Include detailed information on plan notification of members. Typical offers of replacement specialists and phone numbers to call if urgent situations arise.]*

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores que no pertenecen a la red

*[Plans with a POS option: Describe POS option here. Tell members under what circumstances they may obtain services from out-of-network providers and what restrictions apply. General information (no specific dollar amounts) about cost sharing applicable to the use of out-of-network providers in HMO/POS plans should be inserted here, with reference to the benefits chart where detailed information can be found.]*

*[Plans without a POS option: Tell members under what circumstances they may obtain services from out-of-network providers (e.g., when providers of specialized services are not available in network). Describe the process for obtaining authorization, including who is responsible for obtaining authorization.]*

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos en caso de una emergencia o necesidad urgente de atención médica

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

**¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer si tiene una?**

Una **“emergencia médica”** ocurre cuando usted, o cualquier otra persona sensata con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de un miembro o la pérdida del funcionamiento de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o problema de salud que empeora rápidamente.

Si se encuentra ante una emergencia médica:

* **Obtenga ayuda médica lo antes posible.** Llame al 911 para recibir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame una ambulancia, si fuera necesario. No necesita obtener una aprobación o referido previo de su médico de cuidados primarios (PCP).
* ***[Plans add if applicable:* Asegúrese de informar a nuestro plan acerca de su emergencia tan pronto como sea posible.** Debemos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos acerca de su atención de emergencia, por lo general, dentro de las 48 horas. *[Plans must provide either the phone number and days and hours of operation or explain where to find the number (e.g., on the back the plan membership card).]]*

**¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?**

Puede obtener cobertura de los servicios de emergencia cuando los necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otro modo podría poner su salud en peligro. Si desea más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este manual.

*[Plans that offer a supplemental benefit covering emergencies or ambulance services outside of the country, mention the benefit here and then refer members to Chapter 4 for more information.]*

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que atienden su emergencia para ayudar a administrar y realizar el seguimiento posterior. Los médicos que le proporcionan servicios médicos de emergencia decidirán el momento en que su condición sea estable y la emergencia haya finalizado.

*[Plans may modify this paragraph as needed to address the post-stabilization care for your plan.]* Después de que la emergencia haya finalizado, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que su condición siga estable. El plan cubrirá la atención de seguimiento. Si recibe servicios de emergencia de un proveedor fuera de la red, intentaremos coordinar que proveedores de la red se encarguen de su atención cuando su problema de salud y las circunstancias lo permitan.

**¿Qué sucede si no es una emergencia médica?**

En algunas ocasiones puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede acudir por servicios de emergencia, creyendo que su salud se encuentra en grave peligro, y el médico puede indicar que en realidad no se trataba de una emergencia. Si se concluye que no era una emergencia, siempre y cuando usted haya considerado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención médica.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, cubriremos atención médica adicional *sólo* si obtiene la atención adicional de una de estas dos maneras:

* Acude a un proveedor de la red para obtener la atención médica adicional.
* La atención médica adicional que recibe se considera “atención de urgencia” y usted sigue las normas para obtener dicha atención (para obtener más información consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Obtención de atención médica en caso de urgencia

**¿Qué es la “atención de urgencia”?**

La “atención de urgencia” requiere atención médica de inmediato debido a una enfermedad, lesión o problema de salud imprevisto pero no de emergencia. La atención de urgencia puede ser proporcionada por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no se encuentran disponibles. El problema de salud imprevisto puede ser, por ejemplo, el agravamiento de una enfermedad conocida que usted padece.

**¿Qué sucede si se encuentra dentro del área de servicio del plan cuando necesita atención médica urgente?**

En la mayoría de los casos, si se encuentra dentro del área de servicio del plan, cubriremos la atención médica urgente *sólo* si recibe esta atención de un proveedor de la red y sigue las normas mencionadas anteriormente en este capítulo. Sin embargo, si las circunstancias son inusuales o extraordinarias, y los proveedores de la red no se encuentran disponibles temporalmente, cubriremos la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

*[Plans must insert instructions for how to access urgently needed services (e.g., using urgent care centers, a provider hotline, etc.)]*

**¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando necesita atención médica urgente?**

Cuando se encuentra fuera del área de servicio y no puede recibir atención médica de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá la atención de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre la atención médica urgente o cualquier otra atención médica *[insert if plan covers emergency care outside of the United States:* que no sea de emergencia] si recibe la atención fuera de los Estados Unidos. *[Plans with overseas care covered as a supplemental benefit: modify this section.]*

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?

Sección 4.1 Puede solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más de lo que le corresponde por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información acerca de cómo proceder.

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total

*[Insert 2013 plan name]* cubre todos los servicios médicos necesarios por razones médicas, que se encuentran en la Tabla de beneficios médicos del plan (dicha tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual), y se obtienen de acuerdo con las normas del plan. Usted es responsable del pago del costo total de los servicios que no están cubiertos por el plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna pregunta acerca de si pagaremos algún servicio o atención médica que esté considerando, tiene derecho a consultarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. Si le informamos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención médica.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) ofrece más información acerca de qué hacer si desea una decisión de cobertura de nuestra parte o desea apelar una decisión que hemos tomado. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficio, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. *[Plans should explain whether paying for costs once a benefit limit has been reached will count toward an out-of-pocket maximum.]* Puede llamar a Servicios para Miembros cuando desee saber cuánto ha utilizado de su límite de beneficio.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?

Un estudio de investigación clínica (también conocido como “ensayo clínico”) es la manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como el grado de eficacia de un medicamento contra el cáncer. Para probar nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos solicitan voluntarios para que colaboren en el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si una nueva estrategia funciona y si es segura.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a los miembros de nuestro plan. Medicare *[plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:* o nuestro plan*]* primero debe aprobar el estudio de investigación. Si usted participa en un estudio que Medicare *[plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:* o nuestro plan*] no* han autorizado, *usted será responsable de pagar todos los costos relacionados con su participación en el estudio*.

Una vez que Medicare *[plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:* o nuestro plan*]* apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más acerca del estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos del estudio y comprenda y acepte totalmente lo qué implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original pagará la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Cuando forma parte de un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de la atención médica (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación *[plans that do not use PCPs may delete the rest of this sentence:]* o la de su médico de cuidados primarios (PCP). Los proveedores que le ofrecen atención médica como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan participar de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí deberá notificarnos antes de comenzar su participación en un estudio de investigación clínica.** Éstas son las razones por las cuales debe notificarnos:

1. Podemos informarle si el estudio de investigación clínica está aprobado por Medicare.

2. Podemos informarle qué servicios recibirá de los proveedores del estudio de investigación clínica en lugar de nuestro plan.

Si usted piensa participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

Sección 5.2 Cuándo usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?

Cuando participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, estarán cubiertos los suministros y servicios que reciba como parte del estudio de investigación, entre ellos:

* Alojamiento y comida por la estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si no formara parte de un estudio.
* Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
* Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención médica.

Medicare Original paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan también pagará una parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que lo que pagaría si recibiera dichos servicios de nuestro plan.

*A continuación se muestra un ejemplo del funcionamiento del costo compartido:* Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte de los costos de dicho análisis es de $20 dentro del Medicare Original, pero el análisis le costaría sólo $10 dentro de los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es la misma cantidad que pagaría dentro de los beneficios de nuestro plan.

A fin de que paguemos nuestra parte de los costos, usted deberá enviar una solicitud de pago. Junto con su solicitud, deberá enviarnos una copia de su Resumen de Medicare u otra documentación que muestre los servicios que recibió como parte del estudio y la cantidad que le debemos. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información acerca del envío de solicitudes de pago.

Cuando forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni** **Medicare ni nuestro plan pagarán lo siguiente:**

* Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo producto o servicio que el estudio esté probando a menos que Medicare cubra el producto o servicio incluso si usted *no* formara parte del estudio.
* Los productos y servicios que el estudio le proporcione a usted o a cualquier participante en forma gratuita.
* Los productos o servicios proporcionados sólo para recopilar datos, y no utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su problema de salud generalmente requiere sólo una.

**¿Desea saber más?**

Puede obtener más información acerca de la inscripción en un estudio de investigación clínica leyendo la publicación “Medicare y los estudios de investigación clínica” en el sitio web de Medicare (http://www.medicare.gov). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa no médica para servicios de salud”

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica para servicios de salud?

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es una institución que proporciona atención para una enfermedad que comúnmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas del miembro, en su lugar nuestro plan proporcionará cobertura para la atención en una institución religiosa no médica para servicios de la salud. Puede elegir obtener atención médica en cualquier momento por cualquier razón. Este beneficio sólo se proporciona para los servicios de internación de la Parte A (servicios de atención no médica de la salud). Medicare sólo pagará por los servicios de atención no médica proporcionados por instituciones religiosas no médicas para servicios de salud.

Sección 6.2 ¿Qué atención por parte de una institución religiosa no médica para servicios de salud está cubierta por nuestro plan?

Para recibir atención de una institución religiosa no médica para servicios de la salud, deberá firmar un documento legal que exprese que usted se opone voluntariamente a aceptar el tratamiento médico “no obligatorio”.

* La atención médica o el tratamiento “no obligatorio” es cualquier atención médica o tratamiento *voluntario* y *no requerido* por ley federal, estatal o local.
* El tratamiento médico “obligatorio” es la atención médica o el tratamiento que recibe que *no* es voluntario o que *se requiere* por ley federal, estatal o local.

Para tener cobertura del plan, la atención que reciba de una institución religiosa no médica para servicios de salud, deberá cumplir con las siguientes condiciones:

* La institución que proporcione la atención debe estar certificada por Medicare.
* La cobertura del plan por los servicios que reciba está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención.
* Si recibe servicios de esta institución que se proporcionen en su hogar, nuestro plan cubrirá esos servicios sólo si su enfermedad normalmente cumpliría con las condiciones para la cobertura de los servicios proporcionados por las agencias de cuidado de la salud en el hogar que no son instituciones religiosas no médicas para servicios de salud.
* Si recibe servicios de esta institución proporcionados en un centro médico, [*insert as aplicable:* se aplican las siguientes condiciones *OR* se aplica la siguiente condición]:
  + Debe tener un problema de salud que le permita recibir servicios cubiertos de atención de internación en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
  + *[Omit this bullet if not applicable] – Y –* debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en la institución o su estadía no será cubierta.

[*Plans must explain whether Medicare Inpatient Hospital coverage limits apply (include a reference to the benefits chart in Chapter 4) or whether there is unlimited coverage for this benefit.*]

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será dueño de su equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

*[Plans that furnish ownership of certain DME items must modify this section to explain the conditions under which and when specified DME can be owned by the member.]*

El equipo médico duradero incluye artículos tales como equipos de oxígeno e insumos, sillas de ruedas, andadores y camas de hospital solicitados por un proveedor para su uso en el hogar. Algunos artículos, como las prótesis siempre pertenecen al miembro. En esta sección, analizamos otros tipos de equipo médico duradero que se deben alquilar.

*[This first sentence must be inserted even if your plan sometimes allows ownership for items other than prosthetics:]* En el Medicare Original, las personas que alquilan determinados tipos de equipo médico duradero serán dueños del equipo después de realizar los copagos del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de *[insert 2013 plan name]*, usted [*insert if the plan sometimes allows ownership:* por lo general] no será poseedor de equipo médico duradero alquilado independientemente de la cantidad de copagos que realice por el equipo mientras sea miembro de nuestro plan. *[Insert if the plan sometimes allows ownership for items other than prosthetics*: Bajo determinadas circunstancias limitadas transferiremos la posesión del equipo médico duradero. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual) para averiguar los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.] *[Insert if your plan never transfers ownership (except as noted above, for example, for prosthetics):* Aunque haya realizado 12 pagos consecutivos por el equipo médico duradero bajo Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan, no será poseedor independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo mientras fue miembro de nuestro plan.]

**¿Qué sucede con los pagos que realizó por el equipo médico duradero si cambia al Medicare Original?**

Si cambia a Medicare Original después de ser miembro de nuestro plan: Si no adquirió la posesión del equipo médico duradero mientras era miembro de nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos por el equipo mientras se encuentra en Medicare Original para adquirir la posesión del mismo. Sus pagos anteriores mientras se encontraba en nuestro plan no se tienen en cuenta para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó pagos para el equipo médico duradero dentro del Medicare Original *antes* de inscribirse en nuestro plan, dichos pagos previos a Medicare Original tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 pagos consecutivos por el equipo dentro de Medicare Original para obtener la posesión. No existen excepciones a esta situación cuando regresa a Medicare Original.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Entienda los gastos directos de su bolsillo de los servicios cubiertos 57

Sección 1.1 Tipos de gastos directos de su bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos 57

Sección 1.2 ¿Qué es el deducible anual del plan? 58

Sección 1.3 Nuestro plan [*insert if plan has an overall deductible described in Sec. 1.2*: también] tiene un deducible [i*nsert if plan has an overall deductible described in Sec. 1.2*: separado] para determinados tipos de servicios 58

Sección 1.4 ¿Cuál es el máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos [*insert if applicable*: de las Partes A y B de Medicare]? 59

Sección 1.5 Nuestro plan también limita los gastos directos de su bolsillo para determinados tipos de servicios 60

Sección 1.6 Nuestro plan no permite que los proveedores le envíen una “factura de saldos” 61

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar 61

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan 61

Sección 2.2 Beneficios “opcionales suplementarios” adicionales que puede adquirir 87

Sección 2.3 Cómo obtener atención mediante el beneficio opcional de visitante/viajero de nuestro plan 87

SECCIÓN 3 ¿Qué beneficios no están cubiertos por el plan? 88

Sección 3.1 Beneficios que *no* cubrimos (exclusiones) 88

SECCIÓN 1 Entienda los gastos directos de su bolsillo de los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que usted paga por los beneficios médicos. Incluye una Tabla de beneficios médicos que detalla los servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de *[insert 2013 plan name].* Más adelante en este capítulo, podrá encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. [*Insert if applicable:* También explica los límites de ciertos servicios.] *[If applicable, you may mention other places where benefits, limitations, and exclusions are described, such as optional additional benefits, or addenda.]*

Sección 1.1 Tipos de gastos directos de su bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos

*[Describe all applicable types of cost sharing your plan uses. You may omit those that are not applicable.]*

Para comprender la información de los pagos proporcionada en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos directos de su bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos.

* El “**deducible”** es la cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos que reciba antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde. ([*Insert if applicable:* La Sección 1.2 le brinda más información acerca del deducible anual de su plan. *[Insert if applicable:* La Sección 1.3 le brinda más información acerca de sus deducibles anuales para determinadas categorías de servicios.])
* El “**copago**” es la cantidad fija que paga cada vez que recibe un determinado servicio médico. Usted paga el copago cuando recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le proporciona más información acerca de los copagos.)
* El **“coseguro”** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted paga el coseguro cuando recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le proporciona más información acerca del coseguro.)

Algunas personas son elegibles para los programas estatales de Medicaid que los ayudan a pagar los gastos directos de su bolsillo de Medicare. (Estos “Programas de Ahorros de Medicare” incluyen los programas Beneficiario calificado de Medicare (QMB), Beneficiario calificado de Medicare especificado de bajos ingresos (SLMB), Persona calificada (QI), y Trabajadores discapacitados calificados (QDWI).) Si está inscrito en uno de estos programas, es posible que deba pagar un copago por el servicio, dependiendo de las normas de su estado.

Sección 1.2 ¿Qué es el deducible anual del plan?

*[Plans with no deductibles, delete this section and renumber remaining subsections in Section 1.]*

*[POS plans with a deductible that applies only to POS services: modify this section as needed.]*

Su deducible anual es de [*insert deductible amount*]. Esta es la cantidad que debe pagar de su bolsillo antes de que paguemos la parte que nos corresponde de sus servicios médicos cubiertos.

Hasta que pague la cantidad deducible, debe pagar el costo total de sus servicios cubiertos. Una vez que pague el deducible, nosotros comenzaremos a pagar la parte que nos corresponde de los costos de sus servicios médicos cubiertos y usted pagará la parte que le corresponde ([*insert as applicable:* su copago *OR* su monto de coseguro *OR* su copago o su monto de coseguro]) durante el resto del año calendario.

*[Plans may revise the paragraph to describe the services that are subject to the deductible.]* El deducible no se aplica a algunos servicios. Esto significa que pagaremos la parte de los costos que nos corresponde de dichos servicios incluso si todavía no pagó el deducible anual. El deducible no se aplica a los siguientes servicios:

* *[Plans insert services not subject to the deductible]*

Sección 1.3 Nuestro plan *[insert if plan has an overall deductible described in Sec. 1.2: también]* tiene un deducible *[insert if plan has an overall deductible described in Sec. 1.2: separado]* para determinados tipos de servicios

*[Plans with service category deductibles: insert this section. If applicable, plans may revise the text as needed to describe how the service category deductible(s) work with the overall plan deductible.]*

*[Plans with a service category deductible that is not based on the calendar year – e.g., a per stay deductible – should revise this section as needed.]*

*[Insert if plan has an overall deductible described in Sec. 1.2:* Además del deducible anual del plan que se aplica a todos sus servicios médicos cubiertos, tenemos un deducible anual para determinados tipos de servicios.]

*[Insert if plan does not have an overall deductible and Sec. 1.2 was therefore omitted:* Tenemos un deducible anual para determinados tipos de servicios.]

*[Insert if plan has one service category deductible:* El plan tiene una cantidad deducible anual de *[insert service category deductible]* por *[insert service category]*. Hasta que pague la cantidad deducible, usted debe pagar el costo total de *[insert service category].* Una vez que pague el deducible, nosotros pagaremos la parte que nos corresponde de los costos de estos servicios y usted pagará la parte que le corresponde ([*insert as applicable:* su copago *OR* la cantidad de su coseguro *OR* su copago o la cantidad de su coseguro]) durante el resto del año calendario. [*Insert if applicable:* Tanto el deducible anual del plan como el deducible anual por [*insert service category*] se aplican a su [*insert service category*] cubierta. Esto significa que cuando usted cumpla con el deducible anual del plan *o* el deducible por [*insert service category*], comenzaremos a pagar la parte que nos corresponde de los costos de su [*insert service category*] cubierta.]

[*Insert if plan has more than one service category deductible:* El plan tiene una cantidad anual deducible para los siguientes tipos de servicios:

* *[Plans should insert a separate bullet for each service category deductible:* Nuestro monto anual deducible por *[insert service category]* es de *[insert service category deductible].* Hasta que pague la cantidad deducible, usted debe pagar el costo total de *[insert service category].* Una vez que pague el deducible, nosotros pagaremos la parte que nos corresponde de los costos de estos servicios y usted pagará la parte que le corresponde ([*insert as applicable:* su copago *OR* la cantidad de su coseguro *OR* su copago o monto de coseguro]) durante el resto del año calendario. [*Insert if applicable:* Tanto el deducible anual del plan como el deducible anual por [*insert service category*] se aplican a su [*insert service category*] cubierta. Esto significa que cuando usted cumpla con el deducible anual del plan *o* el deducible por [*insert service category*], comenzaremos a pagar la parte que nos corresponde de los costos de su [*insert service category*] cubierta.]

Sección 1.4 ¿Cuál es el máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos [*insert if applicable*: de las Partes A y B de Medicare]?

*[POS plans may revise this information as needed to describe the plan’s MOOP(s).]*

Dado que usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite a la cantidad que debe pagar de su bolsillo cada año para servicios médicos de la red que están cubiertos [*insert as applicable:* bajo las Partes A y B de Medicare *OR* por nuestro plan] (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se conoce como la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo para servicios médicos.

Como miembro de *[insert 2013 plan name],* el máximo que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos dentro de la red [*insert if applicable:* de las Partes A y B] en 2013 es de *[insert MOOP].* Las cantidades que usted paga por [*insert applicable terms:* deducibles, copagos y coseguro] para servicios cubiertos dentro de la red se tendrán en cuenta para la cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo. *[Plans with no premium may modify the following sentence as needed:]* (Las cantidades que usted paga por las primas de su plan y los medicamentos recetados de la Parte D no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de gastos de su bolsillo. [*Insert if applicable, revising reference to asterisk as needed:* Asimismo, las cantidades que pague por algunos servicios no se tendrán en cuenta para la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo. Estos beneficios se marcan con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos.])Si alcanza la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo de *[insert MOOP]*, no deberá pagar más costos de bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red [*insert if applicable:* de las partes A y B]. Sin embargo, debe continuar pagando [*insert if plan has a premium:* la prima de su plan y] la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.5 Nuestro plan también limita los gastos directos de su bolsillo para determinados tipos de servicios

*[Plans with service category OOP maximums: insert this section.]*

*[Plans with a service category OOP maximum that is not based on the calendar year – e.g., a per stay maximum – should revise this section as needed.]*

Además de la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo por servicios [*insert if applicable:* de las Partes A y B] cubiertos (consulte la Sección 1.4 anterior), también tenemos otra cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo que se aplica sólo a determinados tipos de servicios.

*[Insert if plan has one service category MOOP:* El plan tiene una cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo de *[insert service category MOOP]* por *[insert service category]*. Cuando haya pagado *[insert service category MOOP]* de su bolsillo por *[insert service category]*, el plan cubrirá estos servicios sin costo alguno para usted durante el resto del año calendario. [*Insert if service category is included in MOOP described in Section 1.4:* Tanto la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo por los servicios médicos [*insert as applicable:* de las Partes A y B *OR* de todo tipo] cubiertos como la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo por [*insert service category*] se aplican a su cobertura de [*insert service category*]. Esto significa que cuando haya pagado [*insert MOOP*] por los servicios médicos [*insert as applicable:* de las Partes A y B *OR* de todo tipo] cubiertos *o* [*insert service category OOP max*] por su [*insert service category*], el plan cubrirá su [*insert service category*] sin costo alguno para usted durante el resto del año.]

[*Insert if plan has more than one service category MOOP:* El plan tiene un cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo para los siguientes tipos de servicios:

* *[Plans should insert a separate bullet for each service category MOOP:* Nuestro cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo por *[insert service category]* es de *[insert service category MOOP].* Cuando haya pagado *[insert service category MOOP]* de su bolsillo por *[insert service category]*, el plan cubrirá estos servicios sin costo alguno para usted durante el resto del año calendario. [*Insert if service category is included in MOOP described in Section 1.4:* Tanto la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo por los servicios médicos [*insert as applicable:* de las Partes A y B *OR* de todo tipo] cubiertos como la cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo por [*insert service category*] se aplican a su cobertura de [*insert service category*]. Esto significa que cuando haya pagado [*insert MOOP*] por los servicios médicos [*insert as applicable:* de las Partes A y B *OR* de todo tipo] cubiertos *o* [*insert service category OOP max*] por su [*insert service category*], el plan cubrirá su [*insert service category*] sin costo alguno para usted durante el resto del año.]

Sección 1.6 Nuestro plan no permite que los proveedores le envíen una “factura de saldos”

Como miembro de *[insert 2013 plan name*], un elemento importante para su protección es que [*plans with a plan-level deductible insert:* después de cumplir con los deducibles,] usted sólo debe pagar la cantidad de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado conocido comos “facturación de saldos”. Esta protección (que usted nunca paga más que la cantidad de su costo compartido) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que proveedor cobra por un servicio e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Esta protección funciona de la siguiente manera.

* Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, $15.00), usted paga sólo esa cantidad por cualquier servicio cubierto por un proveedor de la red.
* Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, el costo que le corresponde depende del tipo de proveedor que consulte:
  + Si recibe los servicios cubiertos por un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
  + Si recibe los servicios cubiertos por medio de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red sólo en determinadas situaciones, como cuando usted recibe un referido.)
  + Si recibe los servicios cubiertos por medio de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red sólo en determinadas situaciones, como cuando usted recibe un referido.)

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos que se encuentra en las páginas siguientes lista los servicios que cubre *[insert 2013 plan name]* y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos sólo cuando se cumplen los requisitos de cobertura:

* Los servicios cubiertos por Medicare deben ser provistos de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
* Los servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros y equipos) *deben* ser necesarios por razones médicas. “Necesario por razones médicas” significa que los servicios, suministros y medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su problema de salud y cumplen con los estándares aceptados de la buena práctica médica.
* [*Insert if applicable:* Usted recibe atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. El Capítulo 3 ofrece más información acerca de los requisitos para utilizar proveedores de la red y de las situaciones en las que cubriremos servicios de un proveedor fuera de la red.]
* [*Insert if applicable:* Usted tiene un médico de cuidados primarios (PCP, por sus siglas en inglés) que proporciona y supervisa su atención. *[Plans that do not require referrals may omit the rest of this bullet:]* En la mayoría de las situaciones, su médico de cuidados primarios debe dar su aprobación previa antes de que usted pueda consultar a otros proveedores de la red del plan. Esto se conoce como “referido”. El Capítulo 3 proporciona más información acerca de la obtención de un referido y de las situaciones en las que no necesita un referido.]
* [*Insert if applicable:* Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos sólo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previa (a veces denominada “autorización previa”) Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos [*insert as appropriate:* con un asterisco *OR* con una nota al pie *OR* en negrita *OR* en cursiva*]* [*Insert if applicable:* Además, los siguientes servicios no incluidos en la Tabla de beneficios requieren autorización previa: [*insert list*]].
* Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo dentro de Medicare Original, también cubrimos el servicio sin costo para usted. [*Insert as applicable:* No obstante, si usted también recibe tratamiento o control por un problema de salud existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida del problema de salud existente.]
* En algunos casos, Medicare agrega cobertura de nuevos servicios bajo Medicare Original durante el año. Si Medicare agrega cobertura de servicios durante 2013, Medicare o nuestro plan cubrirán estos servicios.

Verá esta manzana al lado del servicio preventivo en la tabla de beneficios.



***[Instructions on completing benefits chart:***

* *When preparing this Benefits Chart, please refer to the instructions for completing the standardized/combined ANOC/EOC.*
* *For any benefits for which the plan uses Medicare amounts for member cost-sharing in their approved bid, the plan may insert the 2012 Medicare amounts and note that these amounts may change in 2013.*
* *For all preventive care and screening test benefit information, plans that cover a richer benefit than Original Medicare do not need to include given description (unless still applicable) and may instead describe plan benefit.*
* *Optional supplemental benefits are not permitted within the chart; plans that would like to include information about optional supplemental benefits within the EOC may describe these benefits within Section 2.2.*
* *All plans with networks should clearly indicate for each service applicable the difference in cost sharing at network and out-of-network providers and facilities.*
* *Plans with a POS benefit may include POS information within the benefit chart, or may include a section following the chart listing POS-eligible benefits and cost sharing.*
* *Plans should clearly indicate which benefits are subject to prior authorization (plans may use asterisks or similar method).*
* *Plans may insert any additional benefits information based on the plan’s approved bid that is not captured in the benefits chart or in the exclusions section. Additional benefits should be placed alphabetically in the chart.*
* *Plans must describe any restrictive policies, limitations, or monetary limits that might impact a beneficiary’s access to services within the chart.*
* *Plans may add references to the list of exclusions in Sec. 3.1 as appropriate.]*

**Tabla de beneficios médicos**

| Servicios cubiertos para usted |  | **Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios |
| --- | --- | --- |
| **Examen de aneurisma aórtico abdominal** Una prueba de ultrasonido que se realiza una sola vez a las personas en riesgo. El plan sólo cubre este examen si obtiene un referido como resultado de la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Servicios de ambulancia**   * Los servicios cubiertos de ambulancia incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea de ala fija y rotatoria al centro correspondiente más cercano que pueda brindar atención si se proporciona a un miembro cuyo problema de salud no permite que utilice otro medio de transporte (que podría ser perjudicial para su salud) o si está autorizado por el plan. * El transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia se considera apropiado si se documenta que la enfermedad del miembro es tal que no permite utilizar otro medio de transporte (ya que podría ser perjudicial para su salud) y que el transporte en ambulancia se considera necesario por razones médicas. | | *[List copays / coinsurance. Specify whether cost sharing applies one-way or for round trips.]* |
| **Visita anual de bienestar**  Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede realizar una visita anual para elaborar o actualizar un plan personalizado de prevención basado en sus factores de riesgo y estado de salud actuales. Este examen está cubierto cada 12 meses.  **Nota**: Su primera visita anual de bienestar no se puede realizar dentro de los 12 meses de su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya realizado la visita de “Bienvenido a Medicare” para que las visitas anuales de bienestar estén cubiertas después de tener la Parte B durante 12 meses. | | No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar. |
| **Medición de masa ósea** Para personas elegibles (generalmente, esto significa que son personas que presentan riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con mayor frecuencia, si fuera necesario por razones médicas:procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluyendo la interpretación de los resultados por un médico.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Examen de detección del cáncer de seno (mamografías)**   Los servicios cubiertos incluyen:   * Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. * Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más. * Exámenes clínicos de senos cada 24 meses.   *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Servicios de rehabilitación cardiaca**  Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento para miembros que reúnen ciertos requisitos con la *[insert as appropriate:* referido *OR* prescripción] del médico. El plan también cubre los programas intensivos de rehabilitación cardíaca que normalmente son más rigurosos e intensos. | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Visita para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (tratamiento para enfermedad cardiovascular)**    Cubrimos 1 visita anual con su médico de cuidados primarios para ayudar a reducir su riesgo de sufrir enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico podrá discutir el uso de aspirina (si correspondiera), controlar su presión sanguínea y darle consejos para asegurarse de que coma bien.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Prueba de detección de enfermedad cardiovascular**  Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o de anomalías asociadas a un alto riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares) cada 5 años (60 meses).  *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Exámenes de detección del cáncer cervical y vaginal**  Los servicios cubiertos incluyen:   * Para todas las mujeres: los exámenes Papanicolaou y pélvico se cubren cada 24 meses. * Si presenta alto riesgo de tener cáncer cervical o ha tenido un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou y está en edad de concebir: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.   *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Servicios quiroprácticos**  Los servicios cubiertos incluyen:   * Cubrimos solamente la manipulación de la columna vertebral para corregir subluxaciones.   *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Examen para la detección del cáncer colorrectal**  Para personas de 50 años o más, se cubre lo siguiente:   * Sigmoidoscopía flexible (o enema de bario como alternativa) cada 48 meses. * Análisis de sangre oculta en la materia fecal, cada 12 meses.   Para las personas con alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal cubrimos:   * Examen de colonoscopía (o enema de bario como alternativa) cada 24 meses.   Para las personas sin alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal cubrimos:   * Colonoscopía cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopía.   *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| [Include row if applicable. If plan offers dental benefits as optional supplemental benefits, they should not be included in the chart. Plans may describe them in Section 2.2 instead.]  **Servicios dentales** En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y rayos X) no están cubiertos por Medicare Original. Cubrimos:  *[List any additional benefits offered, such as routine dental care.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Detección de la depresión**    Cubrimos 1 examen para detectar la depresión por año. El examen se realizará en un centro de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento de seguimiento y referidos.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Evaluación de diabetes**    Cubrimos esta prueba (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de colesterol y niveles de triglicéridos anormal (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de nivel alto de azúcar en sangre (glucosa). Medicare también paga por estas pruebas si cumple con otros requisitos, tales como si tiene exceso de peso o antecedentes familiares de diabetes.  Según los resultados de estas pruebas, usted podría ser elegible para que le hagan hasta dos pruebas de diabetes al año.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos**   *[Plans may put items listed under a single bullet in separate bullets if the plan charges different copays. However, all items in the bullets must be included.]* Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:   * Suministros para controlar la glucosa en sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras para las pruebas de glucosa en la sangre, dispositivos para lancetas y lancetas y soluciones para el control de glucosa para verificar la precisión de las tiras para las pruebas y los monitores. * Para los diabéticos que padecen enfermedades diabéticas graves en los pies: Un par, por año calendario, de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluso las plantillas provistas con los zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas removibles no adaptadas provistas con los zapatos). La cobertura incluye el ajuste. * El entrenamiento para el autocontrol de la diabetes está cubierto bajo ciertas condiciones.   *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Equipo médico duradero y suministros relacionados** (Si desea la definición de “equipo médico duradero” consulte el Capítulo 12 de este manual).  Los suministros cubiertos incluyen pero no se limitan a: silla de ruedas, muletas, cama de hospital, bomba de infusión intravenosa, equipo de oxígeno, nebulizador y andador.  *Plans that do not limit the DME brands and manufacturers that you will cover insert:* Cubrimos todo el material médico duradero que sea necesario por razones médicas cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no dispone de una marca específica o fabricante, puede preguntar si pueden hacer un pedido especial para usted.]  [*Plans that limit the DME brands and manufacturers that you will cover insert:* Junto con esta *Evidencia de* Cobertura le enviamos la lista de equipo médico duradero de [*insert 2013 plan name*]. Esta lista le informa sobre las marcas y fabricantes de equipo médico duradero que cubrimos. La lista actualizada de marcas, fabricantes y proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web [*insert URL*].  Por lo general, [*insert 2013 plan name*] sólo cubre el equipo médico duradero cubierto por Medicare Original de las marcas y fabricantes en esta lista. No cubriremos otras marcas o fabricantes a menos que su médico u otro proveedor le informe que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. No obstante, si usted es un nuevo miembro de [*insert 2013 plan name*] y utiliza una marca de equipo médico duradero que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esa marca por hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca le conviene por razones médicas después de este período de 90 días. (Si está en desacuerdo con su médico, puede solicitar que lo deriven para recibir una segunda opinión.)  Si usted (o su proveedor) está en desacuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si está en desacuerdo con la decisión de su proveedor acerca del producto o marca adecuados para su problema de salud.(Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, *Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.)] | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Servicios de emergencia**  Atención de emergencia hace referencia a servicios que son:   * Provistos por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y * Necesarios para evaluar o estabilizar una problema de salud de emergencia.   Unaemergencia médicase produce cuando usted, o cualquier otra persona sensata con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de un miembro o la pérdida del funcionamiento de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o problema de salud que empeora rápidamente.  *[Also identify whether this coverage is within the U.S. or world-wide.]* | | *[List copays / coinsurance. If applicable, explain that cost sharing is waived if member admitted to hospital.]*  Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidados como paciente internado después de que se estabilice su problema de emergencia, *[Insert one or both:*usted debe regresar a un hospital dentro de la red para que la cobertura de su atención continúe *OR* usted debe internarse en un hospital fuera de la red autorizado por el plan y el costo es el *[Insert if applicable:* mayor] costo compartido que usted pagaría en un hospital de la red. |
| **Programas educativos para la salud y el bienestar** *[These are programs focused on health conditions such as high blood pressure, cholesterol, asthma, and special diets. Programs designed to enrich the health and lifestyles of members include weight management, fitness, and stress management. Describe the nature of the programs here.*  *If this benefit is not applicable, plans should delete this row.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Servicios de audición**  Los estudios diagnósticos de audición y equilibrio realizados por el [*insert as applicable:* MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS *OR* proveedor] para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertos como atención ambulatoria cuando los proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.  *[List any additional benefits offered, such as routine hearing exams, hearing aids, and evaluations for fitting hearing aids.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Examen de detección del VIH**  Para las personas que solicitan un análisis de detección del VIH o que estén en riesgo de tener una infección de VIH, cubrimos:   * Una prueba de detección cada 12 meses   Para las mujeres embarazadas, cubrimos:   * Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo   *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Atención domiciliaria de agencias de cuidado de la salud**  *[If needed, plans may revise language related to the doctor certification requirement.]* Antes de recibir servicios médicos a domicilio, un médico deberá certificar que usted los necesita y pedirá que una agencia de atención médica domiciliaria preste dichos servicios. Debe estar confinado al hogar, es decir que abandonar su hogar representa un esfuerzo considerable.  Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a:   * Servicios de enfermería especializada y de auxiliares para el hogar, de tiempo parcial o intermitente. (Para que estén cubiertos como beneficio de atención domiciliaria de la salud, los servicios combinados de enfermería especializada y de auxiliares para el hogar deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. * Servicios médicos y sociales o servicios de transporte * Equipo y suministros médicos. | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Cuidado de hospicio**  Puede recibir atención por parte de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o no.  Los servicios cubiertos incluyen:   * Medicamentos para el control de los síntomas y para aliviar el dolor. * Atención de relevo a corto plazo. * Cuidado en el hogar.   En el caso de servicios de hospicio y servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare y relacionados con su enfermedad terminal Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará los servicios de hospicio y cualquier servicio de las Partes A y B relacionadas con su enfermedad terminal. Mientras se encuentra en el programa de hospicio, el proveedor de hospicio facturará a Medicare Original los servicios que Medicare Original paga.  En el caso de servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare y no relacionados con su enfermedad terminal: Si necesita servicios que no son de emergencia o urgencia, que están cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no se relacionan con su enfermedad terminal, el costo de estos servicios para usted dependerá de si usa un proveedor dentro de la red de nuestro plan:   * Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, sólo paga la cantidad de costo compartido del plan por servicios dentro de la red * Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido bajo el plan de Pago por servicio de Medicare (Medicare Original)   En el caso de servicios cubiertos por *[insert plan name]* pero no por las Partes A y B de Medicare: *[insert plan name]* continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos bajo las partes A o B ya sea que estén relacionados con su enfermedad terminal o no. Usted paga la cantidad de costo compartido por estos servicios.  **Nota:** Si usted necesita atención que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su enfermedad terminal), debe contactarnos para coordinar los servicios. Obtener la atención que no sea de hospicio a través de proveedores de nuestra red reducirá la parte de los costos que le corresponde por los servicios.  [*Insert if applicable, edit as appropriate:* Nuestro plan cubre los servicios de consulta en el hospicio (por única vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha seleccionado el beneficio de hospicio.] | | Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de las Partes A y B relacionados con su enfermedad terminal son pagados por Medicare Original, no por *[insert 2013 plan name]*.  *[Include information about cost sharing for hospice consultation services if applicable.]* |
| **Vacunaciones**  Los servicios cubiertos de la Parte B incluyen:   * Vacuna neumocócica * Vacunas contra la gripe, una vez al año, en otoño o invierno. * Vacuna contra la hepatitis B si presenta riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. * Otras vacunas si presenta alto riesgo y cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare.   Además, cubrimos algunas vacunas dentro del beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Cuidados al paciente internado en un hospital**  *[List days covered and any restrictions that apply.]* Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a:   * Habitación semi-privada (o privada en caso de que sea necesario por razones médicas). * Comidas, incluidas las dietas especiales. * Servicios comunes de enfermería. * Costos de unidades de cuidados especiales (como unidad coronaria o de cuidados intensivos). * Fármacos y medicamentos. * Análisis de laboratorio. * Radiografías y otros servicios de radiología. * Insumos quirúrgicos y médicos necesarios. * Uso de dispositivos, tales como sillas de ruedas. * Costos de quirófanos y salas de recuperación. * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje/habla. * Servicios como paciente internado por abuso de sustancias. * Bajo determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, célula madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos con un centro de trasplantes aprobado por Medicare para que revise su caso, y decidirá si usted es candidato para recibir un trasplante. *[Plans with a provider network insert:* Los proveedores de servicios de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. *If local transplant providers are willing to accept the Original Medicare rate, then you can choose to obtain your transplant services locally or at a distant location offered by the plan.* Si *[insert 2013 plan name]* ofrece servicios de trasplante en un lugar distante (fuera del área de servicio) y usted elige recibir el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento adecuado para usted y un acompañante.] *[Plans may further define the specifics of transplant travel coverage.]* * Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y el volumen de glóbulos rojos comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite; usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o reemplazarla con sangre donada por usted u otra persona. Los demás componentes de la sangre se cubren a partir de la primera pinta utilizada. *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]* * Servicios del médico.   **Nota:** Para cuidados al paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para internarlo formalmente en el hospital. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente "ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente interno o ambulatorio, debe consultar al personal del hospital.  Además, puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare – Pregunte”. Esta hoja informativa está disponible en el sitio webhttp://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana. | | *[List copayments/ coinsurance. If cost sharing is based on benefit period, include definition/ explanation of BID approved benefit period here. Plans that use a per-admission deductible, include:* Se aplica un deducible por cuidados como paciente internado una vez durante un período de beneficio.*]*  *[If inpatient cost sharing varies based on hospital tier, enter that cost sharing in the data entry fields.]*  Si recibe servicios como paciente internado *[insert if applicable:* autorizados] en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su problema de emergencia, su costo es el [*Insert if applicable:* mayor] costo compartido que usted pagaría en un hospital de la red. |
| **Servicios de psiquiatría para el paciente internado**   * Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieren estadía en el hospital. *[List days covered, restrictions such as 190-day lifetime limit for inpatient services in a psychiatric hospital. The 190-day limit does not apply to inpatient mental health services provided in a psychiatric unit of a general hospital.]* | | *[List copays / coinsurance. If cost sharing is based on benefit period, include definition/ explanation of BID approved benefit period here.]* |
| **Servicios al paciente internado cubiertos durante una estadía en el hospital no cubierta**  *[Plans with no day limitations on a plan’s hospital or SNF coverage may modify or delete this row as appropriate.]*  Si ha agotado sus beneficios de cuidados como paciente interno o si la estadía en el hospital no es razonable ni necesaria, no cubriremos la estadía en el hospital. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a:   * Servicios del médico * Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio) * Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico * Vendajes quirúrgicos * Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones * Dispositivos protésicos y ortóticos (no odontológicos) que reemplacen, en parte o por completo, un órgano interno (incluido el tejido contiguo) o que suplan, en parte o por completo, las funciones de un órgano inoperable o disfuncional, incluyendo el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos * Aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello, bragueros y piernas, brazos u ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambios en el estado físico del paciente * Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Terapia de nutrición** Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (que no estén en diálisis) y después de un trasplante, por *[insert as appropriate:* referido *OR* prescripción] del médico.  Cubrimos 3 horas de asesoría personalizada durante el primer año que usted reciba servicios de terapia de nutrición dentro de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y posteriormente 2 horas por año. Si cambia su condición, tratamiento o diagnóstico, puede recibir más horas de tratamiento por *[insert as appropriate:* referido *OR* prescripción] del médico. El médico debe recetar dichos servicios y renovar la *[insert as appropriate:* referido *OR* prescripción] anualmente si el tratamiento es necesario al comenzar el siguiente año calendario.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare**   Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:   * Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o administran como infusión mientras recibe servicios médicos, como paciente ambulatorio en el hospital o en centros de cirugía ambulatoria * Medicamentos que toma utilizando un equipo médico duradero (como nebulizadores), autorizados por el plan * Factores de coagulación autoadministrados mediante inyección si padece de hemofilia * Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento de recibir un trasplante de órgano * Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que el médico certifique que fue resultado de osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento * Antígenos * Ciertos medicamentos anticancerígenos y antieméticos por vía oral * Ciertos medicamentos para diálisis en su hogar, incluyendo heparina, antídoto para heparina cuando sea necesario por razones médicas, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoisis *[plans may delete any of the following drugs that are not covered under the plan:]* (tales como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) * Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en su hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria   En el Capítulo 5 se explica el beneficio de los medicamentos recetados de la Parte D, incluyendo las normas que debe seguir para que estos estén cubiertos. El Capítulo 6 explica lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan. | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Detección y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida sostenida de peso**    Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o superior, cubrimos asesoría intensiva para ayudarle a bajar de peso. Esta asesoría está cubierta si la recibe en un centro de atención primaria, donde se la pueda coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener más información.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| Exámenes de diagnóstico, servicios e insumos terapéuticos para pacientes ambulatorios  Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:   * Radiografías * Radioterapia (radio e isótopos) incluidos los materiales y servicios del técnico *[List separately any services for which a separate copay/coinsurance applies over and above the outpatient radiation therapy copay/coinsurance.]* * Suministros quirúrgicos, tales como vendajes * Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones * Análisis de laboratorio * Sangre. La cobertura comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite; usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o reemplazarla con sangre donada por usted u otra persona. *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]* La cobertura de almacenamiento y administración comienza desde la primera pinta de sangre que necesita * Otros exámenes de diagnóstico ambulatorios *[Plans can include other covered tests as appropriate]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Servicios ambulatorios en el hospital**   Cubrimos servicios necesarios por razones médicas que recibe en el departamento de atención ambulatoria del hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.  Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a:   * Servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, incluyendo servicios de observación o cirugía ambulatoria * Análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital. * Atención de la salud mental, incluyendo atención en un programa de hospitalización parcial, si el médico certifica que el tratamiento mientras está internado se solicitaría sin éste * Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital * Suministros médicos como férulas y yesos * Determinados servicios de detección y prevención * Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede proporcionarse   **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una solicitud para su internación en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades del costo compartido para los servicios ambulatorios del hospital. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente "ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital.  Además, puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare – Pregunte”. Esta hoja informativa está disponible en el sitio webhttp://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.  [*Also list any additional benefits offered.*] | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Atención ambulatoria de salud mental**  Los servicios cubiertos incluyen:  Los servicios de salud mental proporcionados por un médico o psiquiatra con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero profesional, asistente médico u otro profesional de la salud mental autorizado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales vigentes.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Servicios de rehabilitación ambulatoria** Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, ocupacional y terapia del lenguaje/habla.  Los servicios de rehabilitación ambulatoria se proporcionan en varios centros ambulatorios, como departamentos de atención ambulatoria en hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés). | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Servicios ambulatorios por abuso de sustancias**  [*Describe the plan’s benefits for outpatient substance abuse services.*] | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Cirugía ambulatoria, incluyendo los servicios proporcionados en hospitales de atención ambulatoria y centros quirúrgicos ambulatorios**  Nota: Si se realiza una cirugía en un hospital, debe preguntarle a su proveedor si será un paciente interno o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una solicitud para admitirlo a usted como interno en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades del costo compartido para la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente "ambulatorio". | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Servicios de hospitalización parcial**  “Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como paciente ambulatorio del hospital o por una clínica comunitaria de salud mental, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta, y es una alternativa a la internación hospitalaria.  *[Plans that do not have an in-network community mental health center may add:* Nota: Debido a que no contamos con clínicas comunitarias de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial únicamente como paciente ambulatorio del hospital.*]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Servicios médicos/profesionales, incluyendo visitas al consultorio médico**  Los servicios cubiertos incluyen:   * Servicios de atención médica o cirugía necesarios por razones médicas recibidos en el consultorio del médico, centro certificado de cirugía ambulatoria, departamento ambulatorio hospitalario o cualquier otro lugar. * Consulta, diagnóstico y tratamiento de un especialista. * Exámenes básicos de oído y equilibro realizado por su [*insert as applicable:* MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS *OR* especialista], si el médico lo solicita para saber si necesita un tratamiento médico. * **[***Insert if the plan has a service area and providers/locations that qualify for telehealth services under the Medicare requirements:*Algunos servicios a distancia, entre ellos consultas, diagnóstico y tratamiento, prestados por un médico o profesional a pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares autorizados por Medicare] * Segunda opinión *[Insert if appropriate:* de otro proveedor de la red*]* antes de una cirugía. * Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación en casos de enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los proporcionara un médico).   *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Servicios de podología**  Los servicios cubiertos incluyen:   * Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos). * Cuidado de rutina de los pies para miembros con determinadas enfermedades que afectan los miembros inferiores.   *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Exámenes para la detección del cáncer de próstata**  Los siguientes servicios están cubiertos una vez cada 12 meses para hombres de 50 años o más:   * Examen dígito rectal. * Examen de Antígeno Específico de la Próstata (PSA, por sus siglas en inglés).   *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Dispositivos protésicos y suministros relacionados**  Dispositivos (que no sean dentales) que reemplacen una parte o función del cuerpo. Estos incluyen pero no se limitan a: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con aparatos protésicos y la reparación y/o reemplazo de aparatos protésicos. Además incluye parte de la cobertura después de la extracción o la cirugía de cataratas. Si desea más detalles, consulte "Atención de la vista" más adelante en esta sección. | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Servicios de rehabilitación pulmonar**  Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) moderada a muy grave y *[insert as appropriate:* un referido *OR* una prescripción] para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Detección y asesoría para reducir el uso indebido de alcohol**    Cubrimos una detección de uso indebido de alcohol para adultos con Medicare (entre ellos mujeres embarazadas) que hacen uso indebido de bebidas alcohólicas pero no son alcohólicos.  Si da resultados positivos en la detección de uso indebido de alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones breves personalizadas de asesoría por año (si se muestra competente y atento durante la asesoría), que serán proporcionadas por un profesional o médico de cuidados primarios calificado en un centro de atención primaria.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoría para prevenir infecciones de transmisión sexual**    Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas con riesgo creciente de contraer una infección de transmisión sexual cuando el médico de cuidados primarioslas solicita las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.  También cubrimos hasta 2 sesiones intensivas personalizadas de asesoría conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con alto riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Cubriremos estas sesiones de asesoría como servicio de prevención si son proporcionadas por un médico de cuidados primarios y se realizan en un centro de atención primaria, por ejemplo, un consultorio.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Servicios para tratar la enfermedad renal y problemas renales**   Los servicios cubiertos incluyen:   * Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre la atención renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas acerca de su atención. Para los pacientes que se encuentran en la Etapa IV de su enfermedad renal cuando su médico le de un referido, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. * Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3). * Tratamientos de diálisis para pacientes internos (si es internado en un hospital para recibir atención especial). * Capacitación para realizar autodiálisis (incluye la capacitación para usted y para la persona que lo ayude con el tratamiento de diálisis en su hogar). * Equipo y suministros para diálisis en su hogar. * Ciertos servicios de apoyo en su hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de asistentes capacitados en diálisis para controlar la diálisis en su hogar, para asistirlo en casos de emergencias y controlar su equipo de diálisis y el suministro de agua).   Ciertos medicamentos para la diálisis están cubiertos dentro del beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Si desea información acerca de la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la siguiente sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”. | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF)**  (Para conocer la definición de “centro de enfermería especializada” consulte el Capítulo 12 de este manual. A los centros de enfermería especializada en ocasiones se les conoce como “SNF”.)  *[List days covered and any restrictions that apply, including whether any prior hospital stay is required.]* Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a:   * Habitación semi-privada (o privada en caso de que sea necesario por razones médicas). * Comidas, incluidas las dietas especiales. * Servicios de enfermería especializada * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. * Medicamentos que reciba como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes en el organismo naturalmente, tales como factores coagulantes de la sangre). * Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y el volumen de glóbulos rojos comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite; usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o reemplazarla con sangre donada por usted u otra persona. Los demás componentes de la sangre se cubren a partir de la primera pinta utilizada. *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]* * Insumos médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los SNF. * Análisis de laboratorio proporcionados normalmente por los SNF. * Radiografías y otros servicios de radiología proporcionados normalmente por los SNF. * Uso de dispositivos, tales como sillas de rueda, proporcionados normalmente por los SNF. * Servicios médicos y profesionales   Generalmente, recibirá atención de SNF en centros de la red. Sin embargo, en determinados casos que se detallan a continuación, es posible que usted pague un costo compartido de la red por la atención de un centro que no pertenece a un proveedor de la red si éste acepta las cantidades de pago de nuestro plan.   * Un asilo de ancianos o comunidad de atención continua para jubilados en donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que el lugar proporcione atención de enfermería especializada). * Un SNF en el que viva su cónyuge en el momento en que usted deja el hospital. | | *[List copays / coinsurance. If cost sharing is based on benefit period, include definition/ explanation of BID approved benefit period here.]* |
| **Servicios para dejar de fumar (consejería para abandonar el tabaquismo)**    Si usted consume tabaco pero no presenta signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco: cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento en un período de 12 meses como servicio de prevención si costo alguno para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.  Si usted consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el cigarrillo o si toma un medicamento cuyo efecto podría verse alterado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento en un período de 12 meses, pero usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.  *[Also list any additional benefits offered.]* | | *[List copays / coinsurance]*  *[List copays / coinsurance]* |
| **Atención de urgencia** La atención de urgencia es proporcionada para tratar una enfermedad, lesión o problema de salud imprevisto pero no de emergencia que requiere atención médica inmediata. La atención de urgencia puede ser proporcionada por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no se encuentran disponibles.  *[Include in-network benefits. Also identify whether this coverage is within the U.S. or world-wide.]* | | *[List copays / coinsurance. Plans should include different copayments for contracted urgent care centers, if applicable.]* |
| **Atención de la vista**  Los servicios cubiertos incluyen:   * Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, entre ellas el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto. * Para las personas con alto riesgo de sufrir glaucoma, como las personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos de 50 años o más: examen de detección de glaucoma una vez por año. * *[Adapt this description if the plan offers more than is covered by Original Medicare.]* Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de catarata que incluye la inserción de una lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía.) Lentes correctivos/marcos (y sus reemplazos) necesarios después de una cirugía de cataratas sin implante de lente.   *[Also list any additional benefits offered such as supplemental vision exams or glasses. If the additional vision benefits are optional supplemental benefits, they should not be included in the benefits chart; they should be described within Section 2.2.]* | | *[List copays / coinsurance]* |
| **Visita de prevención “Bienvenido a Medicare”**  El plan cubre la visita única de prevención “Bienvenido a Medicare”. Esta visita incluye un estudio de su salud, educación y asesoramiento acerca de servicios de prevención que usted necesita (entre ellos ciertas pruebas de detección y vacunas), y referidos para recibir atención adicional si fuera necesario.  Importante: Cubrimos la visita de prevención “Bienvenido a Medicare” únicamente dentro de los 12 primeros meses de su inscripción en la Parte B de Medicare. Cuando haga la cita, avísele al personal de la oficina del médico que desea programar su visita de prevención “Bienvenido a Medicare”. | | No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de prevención “Bienvenido a Medicare". |

Sección 2.2 Beneficios “opcionales suplementarios” adicionales que puede adquirir

*[Include this section if you offer optional supplemental benefits in the plan and describe benefits below. You may include this section either in the EOC or as an insert to the EOC.]*

Nuestro Plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Medicare Original y no se incluyen en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se conocen como “**Beneficios suplementarios opcionales”.** Si desea estos beneficios suplementarios opcionales, debe inscribirse para obtenerlos [*insert if applicable:* y posiblemente deba pagar una prima adicional por los mismos]. Los beneficios suplementarios adicionales descritos en *[insert as applicable:* esta sección *OR* la hoja adjunta] están sujetos al mismo proceso de apelación que los demás beneficios.

[*Insert plan specific optional benefits, premiums, deductible, copays and coinsurance and rules using a chart like the Benefits Chart above. Insert plan specific procedures on how to elect optional supplemental coverage, including application process and effective dates and on how to discontinue optional supplemental coverage, including refund of premiums. Also insert any restrictions on members’ re-applying for optional supplemental coverage (e.g., must wait until next annual enrollment period).]*

Sección 2.3 Cómo obtener atención mediante el beneficio opcional de visitante/viajero de nuestro plan

*[If your plan offers a visitor/traveler program to members who are out of your service area, insert this section, adapting and expanding the following paragraphs as needed to describe the traveler benefits and rules related to receiving the out-of-area coverage. If you allow extended periods of enrollment out-of-area per the exception in 42 CFR 422.74(b)(4)(iii) (for more than six months up to 12 months) also explain that here based on the language suggested below.*

Cuando usted permanece fuera del área de servicio de nuestro plan de manera continua por más de seis meses, generalmente debemos terminar su membresía. No obstante, ofrecemos un programa de visitante/viajero como beneficio suplementario en *[specify areas where the visitor/traveler program is being offered]*, que le permitirá mantenerse inscrito en nuestro plan cuando se encuentre fuera de nuestra área de servicio durante un período de hasta 12 meses. Este programá está disponible para todos los miembros de *[insert 2013 plan name]* que se encuentren en el área de visitantes/viajeros de manera provisional. Bajo el programa de visitante/viajero usted puede recibir todos los sevicios cubiertos por el plan con el costo compartido de la red. Comuníquese con su plan si desea obtener asistencia para ubicar a un proveedor cuando utilice el beneficio de visitante/viajero.

Si usted está en el área de visitantes/viajeros, puede permanecer inscrito en nuestro plan durante un período de hasta 12 meses. Si no regresa al área del servicio del plan después de ese período, será dado de baja del plan.]

SECCIÓN 3 ¿Qué beneficios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Beneficios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa acerca de los tipos de beneficios que están “excluidos”. Excluidos significa que el plan no cubre dichos beneficios.

La siguiente lista describe algunos servicios y suministros que no están cubiertos bajo ninguna condición y algunos servicios que están excluidos solamente bajo condiciones específicas.

Si usted recibe beneficios que están excluidos, deberá pagar por los mismos. No pagaremos por los beneficios médicos excluidos que se encuentran en esta sección (o en cualquier otro lugar de este manual), y tampoco lo hará Medicare Original. La única excepción es la siguiente: si después de una apelación se comprueba que un beneficio de la lista de exclusiones es un beneficio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Si desea información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3 de este manual.)

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de Beneficios o en cualquier otro lugar de esta *Evidencia de Cobertura*, [*mention any other places where exclusions are given, such as addenda,]* **los siguientes suministros y servicios no están cubiertos por Medicare Original ni por nuestro plan**:

[*The services listed in the remaining bullets are excluded from Original Medicare’s benefit package. If any services below are covered supplemental benefits, delete them from this list. When plans partially exclude services excluded by Medicare they need not delete the item completely from the list of excluded services but may revise the text accordingly to describe the extent of the exclusion. Plans may add parenthetical references to the Benefits Chart for descriptions of covered services/items as appropriate. Plans may also add exclusions as needed.]*

* Servicios que no se consideran razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original, a menos que estos servicios figuren en nuestro plan como servicios cubiertos.
* Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare Original o dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica.) Los suministros y procedimientos experimentales son aquellos suministros y procedimientos que nuestro plan y Medicare Original generalmente definen como no aceptados por la comunidad médica.
* Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea considerado necesario por razones médicas y esté cubierto por Medicare Original.
* Habitación privada en un hospital, excepto cuando sea considerado necesario por razones médicas.
* Enfermeros privados.
* Artículos de uso personal, tales como teléfono o televisor en la habitación del hospital o unidad de cuidados especializados.
* Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.
* El cuidado de custodia es el cuidado proporcionado en un asilo de ancianos, hospicio u otro centro de asistencia cuando no se requiere atención médica o de enfermería especializada. La atención de custodia es atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como por ejemplo ayuda con actividades cotidianas como bañarse y vestirse.
* Los servicios domésticos incluyen ayuda básica del hogar, incluyendo tareas simples del hogar o preparación de comidas simples.
* Gastos generados por familiares directos o personas que habiten en su hogar.
* Comidas entregadas en su hogar.
* Procedimientos o servicios de mejora voluntarios u optativos (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, procedimientos cosméticos, antienvejecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sean necesarios por razones médicas.
* Cirugía o procedimientos cosméticos, a menos que se deban a lesiones por accidente o para mejorar una parte del cuerpo con malformaciones. Sin embargo, están cubiertas todas las etapas de reconstrucción de la mama sobre la que se realizó una mastectomía, así como también las de la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.
* Cuidado dental de rutina, como limpieza, empastes o dentadura postiza. Sin embargo, el cuidado dental que no sea de rutina requerido para tratar una enfermedad o lesión puede cubrirse como atención a paciente interno o ambulatorio.
* Atención quiropráctica, que no sea terapia manual de la columna vertebral, de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
* Cuidado periódico de los pies, excepto por la cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare.
* Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de una pierna ortopédica y que estén incluidos en el costo del aparato ortopédico o que los zapatos sean para una persona con enfermedad del pie diabético.
* Aparatos ortopédicos para los pies, *excepto* zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
* Exámenes auditivos periódicos, aparatos de asistencia auditiva o exámenes para colocarlos.
* Anteojos, examen periódico de los ojos, queratotomía radial, cirugía LASIK, tratamiento para la visión y otros accesorios para la visión deficiente. No obstante, los anteojos están cubiertos para las personas después de una cirugía de cataratas.
* Procedimientos para revertir la esterilización, operaciones de cambio de sexo y anticonceptivos no recetados.
* Acupuntura.
* Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos).
* Servicios proporcionados a veteranos en los centros de Asuntos para Veteranos (VA). No obstante, cuando los servicios de emergencia se reciben en un hospital de VA y el costo compartido de VA es mayor que el costo compartido dentro de nuestro plan, reembolsaremos la diferencia a los veteranos. Los miembros continúan siendo responsables por las cantidades de nuestros costos compartidos.

El plan no cubrirá los servicios excluidos que se mencionan anteriormente. Aunque reciba los servicios en un centro de emergencia, los servicios excluidos no estarán cubiertos.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 94

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D 94

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan 94

SECCIÓN 2 Sus recetas deben estar hechas por un proveedor de la red 95

Sección 2.1 En la mayoría de los casos, su receta debe provenir de un proveedor de la red 95

SECCIÓN 3 Presente su receta en una farmacia de la red[*insert if applicable:* o a través del servicio de medicamentos por correo del plan] 96

Sección 3.1 Para recibir cobertura de su receta, utilice una farmacia de la red 96

Sección 3.2 Búsqueda de farmacias de la red 96

Sección 3.3 Uso de los servicios de pedido por correo del plan 97

Sección 3.4 ¿Cómo puede obtener una provisión de medicamentos a largo plazo? 98

Sección 3.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan? 99

SECCIÓN 4 Sus medicamentos deben estar incluidos en la “lista de medicamentos” del plan 100

Sección 4.1 La “lista de medicamentos” le informa los medicamentos de la Parte D que están cubiertos 100

Sección 4.2 Existen [*insert number of tiers*] "niveles de costo compartido” para los medicamentos en la Lista de medicamentos 101

Sección 4.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está incluido en la Lista de medicamentos? 101

SECCIÓN 5 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 102

Sección 5.1 ¿Por qué tienen restricciones algunos medicamentos? 102

Sección 5.2 ¿Qué tipos de restricciones? 102

Sección 5.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? 103

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía? 104

Sección 6.1 Hay pasos que puede seguir si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desearía 104

Sección 6.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna forma? 105

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto? 107

SECCIÓN 7 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos? 108

Sección 7.1 La lista de medicamentos puede cambiar durante el año 108

Sección 7.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando? 108

SECCIÓN 8 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 109

Sección 8.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 109

SECCIÓN 9 Muestre su tarjeta de miembro del plan al presentar una receta 111

Sección 9.1 Muestre su tarjeta de miembro 111

Sección 9.2 ¿Qué sucede si no lleva la tarjeta de miembro? 112

SECCIÓN 10 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 112

Sección 10.1 ¿Qué sucede si usted se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada por una internación cubierta por el plan? 112

Sección 10.2 ¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo? 112

Sección 10.3 ¿Qué sucede si además recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de jubilados o de su empleador? 113

SECCIÓN 11 Programas para la seguridad y la administración de medicamentos 114

Sección 11.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura 114

Sección 11.2 Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 114

|  |  |
| --- | --- |
| **?** | **¿Sabía que existen programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos?**  [*Insert as appropriate, depending on whether SPAPs are discussed in Chapter 2:* Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre estos se encuentran “Ayuda Adicional” y los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica. *OR* El programa “Ayuda Adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos.] Si desea más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.  **¿Recibe ayuda para pagar sus medicamentos en la actualidad?**  Si usted se encuentra en un programa que ayuda a pagar por sus medicamentos, **parte de la información en esta *Evidencia de Cobertura* acerca de los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D [***insert as applicable:* **posiblemente no** *OR* **no] se aplica a usted.** [*insert as appropriate:* Incluimos *OR* Enviamos] un aviso separado, conocido como “Anexo de la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como “Anexo de subsidio por bajos ingresos” o “Anexo LIS”) que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este anexo, llame a Servicios para Miembros y solicite el “Anexo LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual.) |

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D

Este capítulo **explica las normas para el uso de su cobertura de medicamentos de la Parte D.** El capítulo siguiente le informa cuánto debe pagar por sus medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D).*

Además de la cobertura de medicamentos de la Parte D, *[insert 2013 plan name]* también cubre algunos medicamentos dentro de los beneficios médicos del plan:

* El plan cubre los medicamentos que usted recibe durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada.El Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*) le informa sobre los beneficios y costos de los medicamentos durante la estadía cubierta en el hospital o un centro de enfermería especializada.
* La Parte B de Medicare también proporciona beneficios para algunos medicamentos. Los medicamentos de la Parte B incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, inyecciones de medicamentos que recibe durante una visita al consultorio y medicamentos que recibe en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de beneficios, lo que está cubierto y lo que usted paga*) le informa los beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Los dos ejemplos de medicamentos descritos anteriormente están cubiertos por los beneficios médicos del plan. El resto de sus medicamentos recetados están cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan.

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos si usted sigue estas normas básicas:

* Debe tener un proveedor [*insert if applicable:* de la red] (un médico u otro prescriptor) que le recete su medicamento. [*Insert if applicable:* (Para obtener más información consulte la Sección 2, *Sus recetas deben estar hechas por un proveedor de la red.*)]
* Debe utilizar una farmacia de la red para comprar sus medicamentos. (Consulte la Sección 3, *Presente sus recetas en una farmacia de la red* [*insert if applicable:* *o a través del servicio de medicamentos por correo del plan].*)
* Su medicamento debe estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (la denominamos “lista de medicamentos”, para abreviar). (Consulte la Sección 4, *Sus medicamentos deben estar incluidos en la “lista de medicamentos” del plan.*)
* Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o respaldado por determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 4 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada.)

SECCIÓN 2 Sus recetas deben estar hechas por un proveedor de la red

*[Plans should omit this section if not applicable.]*

Sección 2.1 En la mayoría de los casos, su receta debe provenir de un proveedor de la red

Usted debe obtener su receta (así como también otra atención que necesite) de un proveedor de la red de proveedores del plan. Esta persona es generalmente su médico de cuidados primarios (su PCP). También podría ser otro profesional de nuestra red de proveedores si su médico de cuidados primarios lo ha referido para su atención.

Para encontrar proveedores de la red, consulte el *Directorio de proveedores.*

**El plan cubrirá recetas de proveedores que no pertenecen a la red del plan sólo en algunas circunstancias especiales.** Éstas incluyen:

* Recetas que reciba en relación con los servicios de emergencia cubiertos.
* Recetas que reciba en relación con una atención urgente cubierta cuando los proveedores de la red no están disponibles.
* *[Plans should add any other situations when the plan will cover prescriptions written by out-of-network providers.]*

[*Insert if applicable:* En otras circunstancias, usted debe contar con la aprobación por adelantado (“autorización previa”) del plan para recibir cobertura de un medicamento de un proveedor fuera de la red.]

Si usted paga “de su bolsillo” por una receta escrita por un proveedor que no pertenece a la red y considera que debemos cubrir este gasto, comuníquese con Servicios para Miembros o envíenos la factura para el pago. La sección 2.1 del Capítulo 7 le indica cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual.)

SECCIÓN 3 Presente su receta en una farmacia de la red[*insert if applicable:* o a través del servicio de medicamentos por correo del plan]

Sección 3.1 Para recibir cobertura de su receta, utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas se cubren *sólo* si se presentan en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 3.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos las recetas presentadas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene contrato con el plan para proporcionarle sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” hace referencia a todos los medicamentos recetados de la Parte D incluidos en la Lista de medicamentos del plan.   
  
*[Include if plan has both preferred and non-preferred pharmacies in their networks:* Las farmacias preferidas son farmacias de nuestra red con las cuales el plan ha negociado un costo compartido menor para los miembros que adquieren medicamentos cubiertos que en las farmacias no preferidas de la red. No obstante, tanto en las farmacias preferidas como no preferidas de la red, usted recibirá un precio menor por sus medicamentos que en las farmacias fuera de la red. Puede acudir a cualquiera de estos tipos de farmacias de la red para obtener sus medicamentos recetados cubiertos.]

Sección 3.2 Búsqueda de farmacias de la red

**¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web ([*insert URL*]), o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). Elija el medio que le resulte más fácil.

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. *[Insert if plan has both preferred and non-preferred pharmacies in their networks:* No obstante, si utiliza una farmacia preferida de la red generalmente pagará menos que si acude a una farmacia no preferida de la red. El *Directorio de farmacias* le indicará cuáles de las farmacias en nuestra red son farmacias “preferidas” de la red.]

*[Plans in which members do not need to take any action to switch their prescriptions may delete the following sentence:]* Si cambia de una farmacia de la red a otra, y necesita reponer un medicamento que está tomando, usted puede solicitar [*insert if applicable:* que su proveedor le haga una nueva receta o] que su receta sea enviada a su nueva farmacia de la red.

**¿Qué sucede si la farmacia que usted utiliza abandona la red?**

Si la farmacia que utiliza abandona la red del plan, deberá encontrar una nueva farmacia que forme parte de la red. [*Insert if applicable:* O si la farmacia que usted utiliza pasa de ser una farmacia preferida a una farmacia no preferida dentro de la red, es posible que deba cambiar a una nueva farmacia.] Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual) o utilizar el *Directorio de farmacias.* [*Insert if applicable:* También puede encontrar información en nuestro sitio web en *[insert website address].*]

**¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?**

En algunas ocasiones, las recetas se deben presentar en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

* Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar. *[Plans may insert additional information about home infusion pharmacy services in the plan’s network.]*
* Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo. Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo (como un asilo de ancianos) posee su propia farmacia. Los residentes pueden obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro siempre que esta forme parte de nuestra red. Si su farmacia de cuidado a largo plazo no forma parte de nuestra red, comuníquese con Servicios para Miembros. *[Plans may insert additional information about LTC pharmacy services in the plan’s network.]*
* Farmacias que atienden al Servicio de salud para indígenas / Programa de salud tribal / indígena urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, sólo los indígenas nativos de Estados Unidos o los indígenas nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red. *[Plans may insert additional information about I/T/U pharmacy services in the plan’s network.]*
* Las farmacias que surten medicamentos que la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) restringe a determinados lugares, o que requieren manipulación especial, coordinación con el proveedor o asesoramiento sobre su utilización. (Nota: Esta situación debería suceder con poca frecuencia.)

Para localizar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de farmacias* o llame a Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

Sección 3.3 Uso de los servicios de pedido por correo del plan

*[Omit if the plan does not offer mail-order services.]*

*[Include the following information only if your mail-order service is limited to a subset of all formulary drugs, adapting terminology as needed:* En el caso de ciertos tipos de medicamentos usted puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos disponibles a través de pedido por correo son medicamentos que usted toma periódicamente para un problema de salud crónico o prolongado.) [*Insert if plan marks mail-order drugs in formulary:* Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos “de pedido por correo”** en nuestra Lista de medicamentos.] [*Insert if plan marks non-mail-order drugs in formulary:* Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados con un asterisco en nuestra Lista de medicamentos.]]

El servicio de pedido por correo de nuestro plan [*insert either:* permite *OR* requiere] que usted solicite [*insert either:* **un suministro del medicamento de [XX] días *como mínimo* y *no más de* [XX] días** *OR* **un suministro de hasta [XX] días** *OR* **un suministro de [XX] días**].

*[Plans that offer preferred and non-preferred mail-order services may add language to describe both preferred and non-preferred mail order.]*

Para obtener [*insert if applicable:* solicitudes de pedido e] información acerca de la presentación de recetas por correo [*insert instructions*].

Generalmente, usted recibirá un pedido de farmacia por correo en un plazo no mayor a [XX] días. [*Insert plan’s process for members to get a prescription if the mail order is delayed.*]

Sección 3.4 ¿Cómo puede obtener una provisión de medicamentos a largo plazo?

*[Plans that do not offer extended-day supplies: Delete Section 3.4.]*

[*Insert if applicable:* Cuando usted recibe un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser inferior.] El plan ofrece [*insert as appropriate:* una manera *OR* dos maneras] de obtener un suministro a largo plazo de medicamentos “de mantenimiento” que se encuentran en la lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma periódicamente para un problema de salud crónico o prolongado.)

1. *[Delete if plan does not offer extended-day supplies through retail pharmacies.]* **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. [*Insert if applicable:* Algunas de estas farmacias minoristas *[insert if applicable:* (farmacias “preferidas”)] [*insert if applicable:* posiblemente] se comprometen a aceptar una cantidad de costo compartido [*insert as appropriate:* inferior *OR* de pedido por correo] por el suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo.] [*Insert if applicable:* Otras farmacias posiblemente no estén dispuestas a aceptar una cantidad de costo compartido [*insert as appropriate:* inferior *OR* de pedido por correo] por el suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo.] En este caso deberá pagar la diferencia de precio.] Su *Directorio de farmacias* le informa las farmacias de nuestra red que pueden proporcionarle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar aServicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual.)
2. *[Delete if plan does not offer mail-order service.] [Insert as applicable:* En el caso de ciertos tipos de medicamentos, usted *OR* Usted] puede utilizar **los servicios de pedido por correo** de la red del plan. [*Insert if plan marks mail-order drugs in formulary, adapting as needed:* Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos “de pedido por correo”** en nuestra Lista de medicamentos.] [*Insert if plan marks non-mail-order drugs in formulary, adapting as needed:* Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados con un asterisco en nuestra Lista de medicamentos.]] El servicio de pedido por correo de nuestro plan [*insert either:* permite *OR* requiere] que usted solicite [*insert either:* un suministro del medicamento de [XX] días *como mínimo* y *no más de*[XX] días *OR* un suministro de hasta [XX] días *OR* un suministro de [XX] días]. Consulte la Sección 3.3 para obtener más información acerca del uso de nuestros servicios de pedido por correo.

Sección 3.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan?

**Su receta puede tener cobertura en determinadas situaciones**

[*Insert if applicable:* Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede comprar sus medicamentos como miembro de nuestro plan.] Por lo general, cubrimos las recetas de medicamentos que se presenten en una farmacia que fuera de la red *sólo* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos recetas presentadas en una farmacia fuera de la red:

* [*Plans should insert a list of situations when they will cover prescriptions out of the network and any limits on their out-of-network policies (e.g., day supply limits, use of mail order during extended out of area travel, authorization or plan notification).*]

En estas situaciones, **primero consulte a los Servicios para Miembros** para saber si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual.)

**¿Cómo debe solicitar un reembolso por parte de nuestro plan?**

Si debe utilizar una farmacia que no pertenece a la red, generalmente deberá pagar la totalidad del costo (en lugar de la parte habitual que le corresponde del costo) al presentar su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. (La Sección 2.1 del Capítulo 7 le explica cómo debe solicitar un reembolso al plan.)

SECCIÓN 4 Sus medicamentos deben estar incluidos en la “lista de medicamentos” del plan

Sección 4.1 La “lista de medicamentos” le informa los medicamentos de la Parte D que están cubiertos

El plan posee una *“Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)”.* En esta *Evidencia de Cobertura,* **la denominamos “lista de medicamentos”, para abreviar.**

El plan selecciona estos medicamentos, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la lista de medicamentos del plan.

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son aquellos que solamente están cubiertos por la Parte D de Medicare (la Sección 1.1 anterior explica acerca de los medicamentos de la Parte D).

Generalmente, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos siempre que usted cumpla con las demás normas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación aceptada por razones médicas. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que:

* está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos. (Es decir, la Administración de Drogas y Alimentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o enfermedad para la que fue recetado.)
* *-- o –* está respaldado por determinados libros de referencia. (Estos libros de referencia son la información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service, el sistema de información DRUGDEX, y USPDI o la versión posterior.)

**La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos**

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, es tan efectivo como el medicamento de marca y con frecuencia el costo es inferior. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

*[Insert if applicable:* Nuestro plan cubre determinados medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre tienen un costo inferior al de los medicamentos recetados y ofrecen los mismos resultados. Si desea más información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).]

**¿Qué *no* incluye la Lista de medicamentos?**

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

* En algunos casos, la ley no permite que ningún plan Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (si desea más información, consulte la Sección 8.1 de este capítulo).
* En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.

Sección 4.2 Existen [*insert number of tiers*] "niveles de costo compartido” para los medicamentos en la Lista de medicamentos

*[Plans that do not use drug tiers should omit this section.]*

Cada medicamento en la Lista de medicamentos del plan está en uno de los [*insert number of tiers*] niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo del medicamento:

* *[Plans should briefly describe each tier (e.g., Cost-Sharing Tier 1 includes generic drugs). Indicate which is the lowest tier and which is the highest tier.]*

Para saber a qué nivel de costo compartido pertenece su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

La cantidad que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido aparece en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D).*

Sección 4.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está incluido en la Lista de medicamentos?

Tiene *[insert number]* formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo. *[Insert if applicable:* (Tenga en cuenta: La Lista de medicamentos que le enviamos incluye información sobre los medicamentos recetados que nuestros miembros usan con más frecuencia. No obstante, cubrimos medicamentos adicionales que no se encuentran en la copia impresa de la Lista de medicamentos. Si uno de sus medicamentos no aparece en la Lista de medicamentos, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros para averiguar si el plan lo cubre.])
2. Visite el sitio web del plan ([*insert URL*]). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual.)
4. *[Plans may insert additional ways to find out if a drug is on the Drug List.]*

SECCIÓN 5 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 5.1 ¿Por qué tienen restricciones algunos medicamentos?

Algunas normas especiales restringen cómo y cuándo el plan cubre determinados medicamentos. Un equipo de médicos y farmacéuticos elaboró estas normas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de las maneras más efectivas. Dichas normas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que mantiene su cobertura de medicamentos a costos más accesibles.

En general, nuestras normas le aconsejan que obtenga un medicamento que sirva para su problema de salud, y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de costo inferior sea médicamente tan efectivo como el medicamento de costo superior, las normas del plan están diseñadas para alentarlo a usted y a su proveedor a utilizar la opción de costo inferior. Además, debemos cumplir con las normas y reglamentos de Medicare sobre cobertura de medicamentos y costo compartido.

**Si existe una restricción para su medicamento, esto suele significar que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento.** Si desea que lo eximamos de la restricción, deberá utilizar el proceso de apelación formal y solicitarnos que realicemos una excepción. Podemos aceptar o no eximirlo de dicha restricción. (Consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9 para obtener más información acerca de la solicitud de excepciones.)

Sección 5.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de las maneras más efectivas. Las siguientes secciones le proporcionan más información sobre los tipos de restricciones que utilizamos para determinados medicamentos.

*[Plans should include only the forms of utilization management used by the plan:*]

**Restricción de medicamentos de marca cuando se dispone de una versión genérica**

Por lo general, un medicamento “genérico” funciona de la misma manera que un medicamento de marca y con frecuencia tiene un costo inferior. [*Insert as applicable:* **En la mayoría de los casos, cuando OR Cuando] una versión genérica de un medicamento de marca está disponible, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica.** Generalmente, no cubriremos el medicamento de marca si existe una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor [*insert as applicable:* nos informó la razón médica por la cual el medicamento genérico no le servirá *OR* escribió “No sustituir” en la receta de un medicamento de marca *OR* nos informó la razón médica por la cual ni el medicamento genérico ni otro medicamento cubierto para la misma enfermedad le servirán], cubriremos el medicamento de marca. (La parte que le corresponde del costo puede ser superior para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtención de la aprobación previa del plan

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir su medicamento. Esto **se conoce como** **“autorización previa”**. A veces, el requisito de obtener la aprobación por adelantado sirve para aconsejar el uso correcto de determinados medicamentos. Si no obtiene dicha aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por el plan.

Prueba en primer lugar de un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos pero igualmente efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si un Medicamento A y un Medicamento B tratan el mismo problema de salud, el plan puede exigirle que primero pruebe el Medicamento A. Si el Medicamento A no le da resultados, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar en primer lugar un medicamento diferente se conoce como **“tratamiento escalonado”**.

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede recibir. Por ejemplo, el plan puede limitar la cantidad de veces que puede reponer el medicamento, o la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que presenta una receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro que tome sólo un comprimido por día de determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de un comprimido por día.

Sección 5.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de dichas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desee tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si desea obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual) o consulte nuestro sitio web ([*insert URL*]).

**Si existe una restricción para su medicamento, esto suele significar que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento.** Si existe una restricción en el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con Servicios para Miembros para conocer lo que usted o su proveedor deben hacer para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que lo eximamos de la restricción, deberá utilizar el proceso de apelación formal y solicitarnos que realicemos una excepción. Podemos aceptar o no eximirlo de dicha restricción. (Consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9 para obtener más información acerca de la solicitud de excepciones.)

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía?

Sección 6.1 Hay pasos que puede seguir si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desearía

Supongamos que hay un medicamento recetado que toma actualmente, o uno que usted y su proveedor consideran que debería tomar. Esperamos que la cobertura de su medicamento funcione de forma eficaz en su caso, pero es posible que surjan problemas. Por ejemplo:

* **¿Qué sucede si el medicamento que desea tomar no está cubierto por el plan?** Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O tal vez se cubra una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que usted desea tomar no está cubierta.
* **¿Qué sucede si se cubre el medicamento, pero existen normas o restricciones adicionales en la cobertura de dicho medicamento?** Tal como se explica en la Sección 5, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen normas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, *[delete if plan does not have step therapy:* se puede requerir que pruebe otro medicamento primero para ver si funciona antes de cubrir el medicamento que usted desea.] *[Delete if plan does not have quantity limits:* O puede limitarse la cantidad del medicamento (cantidad de comprimidos, etc.) que se cubre durante un período específico.] En algunos casos, es posible que usted desee que eximamos la restricción. Por ejemplo, *[delete if plan does not have step therapy:* es posible que usted quiera que el plan cubra un determinado medicamento sin tener que probar otros medicamentos antes.] *[Delete if plan does not have quantity limits:* O desea que el plan cubra una cantidad del medicamento (cantidad de comprimidos, etc.) mayor a la que normalmente cubre.]
* **[*Omit if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions:]* ¿Qué sucede si el medicamento está cubierto, pero pertenece a un nivel de costo compartido que lo hace más costoso de lo que cree conveniente?** El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido diferentes. Lo que debe pagar por su receta depende en parte del nivel de costo compartido en que se encuentra el medicamento.

Hay pasos que puede seguir si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desearía. [*Delete next sentence if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions:]* Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

* Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene restricciones, consulte la Sección 6.2 para saber lo que puede hacer.
* [*Omit if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions:]* Si el medicamento está en un nivel de costo compartido que lo hace más costoso de lo que cree conveniente, consulte la Sección 6.3 para saber lo que puede hacer.

Sección 6.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna forma?

Si su medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos o está restringido, puede hacer lo siguiente:

* Es posible que pueda recibir un suministro temporario del medicamento (sólo los miembros en determinadas situaciones pueden recibir un suministro temporario). Esto le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o presentar una solicitud de cobertura para el medicamento.
* Puede cambiar a otro medicamento.
* Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

**Puede recibir un suministro temporario**

En determinadas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporario de un medicamento cuando el suyo no está incluido en la Lista de medicamentos o cuando está restringido de alguna forma. De esta forma tiene más tiempo para hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporario, debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

**1. El cambio en la cobertura de su medicamento debe ser uno de los siguientes tipos de cambio:**

* El medicamento que ha estado tomando **ya no está incluido en la Lista de medicamentos del plan.**
* -- o – el medicamento que ha estado tomando **ahora está restringido de alguna forma** (la Sección 5 de este capítulo le informa sobre estas restricciones).

**2. Usted debe estar en alguna de las situaciones que se describen a continuación:**

*[Plans that offer an enhanced transition benefit allowing for more than one refill may edit the references to “one time only” as needed below.]*

* *[Plans may omit this scenario if they allow current members to request formulary exceptions in advance for the following year:]* **Para los miembros que estaban en el plan el año pasado y que no se encuentran en un centro de cuidado a largo plazo:**

Cubriremos un suministro temporario de su medicamento **sólo una vez durante los primeros [*insert time period (must be at least 90 days)*] del año calendario.** Este suministro temporario será para un máximo de [*insert supply limit (must be at least a 30-day supply)*], o menos si su receta dispone una cantidad menor de días. La receta se debe presentar en una farmacia de la red.

* **Para los miembros nuevos del plan y que no se encuentran en un centro de cuidado a largo plazo:**

Cubriremos un suministro temporario de su medicamento **sólo una vez durante los primeros [*insert time period (must be at least 90 days)*] del año calendario.** Este suministro temporario será para un máximo de [*insert supply limit (must be at least a 30-day supply)*], o menos si su receta dispone una cantidad menor de días. La receta se debe presentar en una farmacia de la red.

* **Para los miembros nuevos del plan y que residen en un centro de cuidado a largo plazo:**

Cubriremos un suministro temporario de su medicamento **durante los primeros [*insert time period (must be at least 90 days)]* como miembro** del plan**.** El primer suministro será para un máximo de [*insert supply limit (must be at least a 31-day supply)*], o menos si su receta dispone una cantidad menor de días. Si fuera necesario, cubriremos la reposición del medicamento durante sus primeros [*insert time period (must be at least 90 days)]* en el plan.

* **Para los miembros que han permanecido en el plan durante más de [*insert time period (must be at least 90 days)]*** **y residen en un centro de cuidado a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de [*insert supply limit (must be at least a 31-day supply)*], o menos si su receta dispone una cantidad menor de días. Esto se suma al suministro de transición de cuidado a largo plazo mencionado anteriormente.

* *[If applicable: Plans must insert their transition policy for current members with level of care changes.]*

Para solicitar un suministro temporario, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

Durante el tiempo en que recibe un suministro temporario de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando este se termine. Puede cambiar a otro medicamento cubierto por el plan o solicitar al plan que realice una excepción y cubra su medicamento actual. Las siguientes secciones le proporcionan más información sobre estas opciones.

**Puede cambiar por otro medicamento**

En primer lugar, hable con su médico. Tal vez haya otro medicamento cubierto por el plan que podría darle los mismos resultados. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan el mismo problema de salud. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda servirle. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual.)

**Puede solicitar una excepción**

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que realice una excepción y cubra el medicamento de la forma que usted desearía que fuera cubierto. Si su proveedor dice que existen razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento aunque no esté incluido en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar al plan que realice una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

*[Plans that allow current members to receive a temporary supply instead, may omit the following paragraph:]* Si usted es un miembro actual y un medicamento que toma se retirará del Formulario o se restringirá de alguna manera para el año próximo, le permitiremos solicitar una excepción al Formulario por adelantado para el año próximo. Le informaremos acerca de cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año próximo. Luego, puede solicitarnos que realicemos una excepción y cubramos el medicamento de la forma que usted desearía que fuera cubierto para el año próximo. Le proporcionaremos una respuesta a su solicitud de excepción antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9le indica lo que debe hacer*.* Le explica los procedimientos y los plazos establecidas por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de forma ágil y justa.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto?

*[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this sentence:]* Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

**Puede cambiar por otro medicamento**

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, en primer lugar hable con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría servirle. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan el mismo problema de salud. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda servirle. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual.)

*[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this section:]* **Puede solicitar una excepción**

Para los medicamentos en *[insert tier(s)]*, usted y su proveedor pueden solicitar al plan que realice una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento de tal forma que usted pague menos. Si su proveedor dice que existen razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9le indica lo que debe hacer*.* Le explica los procedimientos y los plazos establecidas por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de forma ágil y justa.

[*Insert if applicable:* Los medicamentos en algunos niveles de costo compartido no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad del costo compartido para los medicamentos en *[insert tier name(s)]*.]

SECCIÓN 7 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos?

Sección 7.1 La lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen al comienzo de cada año (1 de enero). No obstante, durante el año, el plan podría realizar muchos tipos de cambios a la lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

* **Agregar o quitar medicamentos de la lista de medicamentos**. Existen nuevos medicamentos, entre ellos nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno haya dado la aprobación para un nuevo uso de un medicamento existente. En algunas ocasiones, un medicamento es retirado del mercado y decidimos no cubrirlo. O es posible que quitemos un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
* **[***Plans that do not use tiers may omit:]* **Trasladar medicamentos a un nivel superior o inferior de costo compartido.**
* **Agregar o quitar una restricción a la cobertura de un medicamento** (si desea más información sobre restricciones a la cobertura, consulte la Sección 5 de este capítulo).
* **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

En casi todos los casos, debemos obtener la aprobación de Medicare para realizar cambios a la lista de medicamentos del plan.

Sección 7.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

**¿Cómo sabrá si la cobertura de su medicamento ha cambiado?**

Si se produce un cambio en la cobertura *de un medicamento que está tomando*, el plan le enviará un aviso para informarle. Normalmente, **le informaremos con al menos 60 días de anticipación.**

De vez en cuando, un medicamento **se retira del mercado repentinamente** debido a que se comprobó que no era seguro o por otros motivos. En este caso, el plan retirará inmediatamente el medicamento de la lista de medicamentos. Le informaremos este cambio de inmediato. Su proveedor también conocerá este cambio, y podrá trabajar con usted para buscar otro medicamento para su enfermedad.

**¿Los cambios en la cobertura de medicamentos lo afectan de inmediato?**

Si alguno de los siguientes tipos de cambios afecta el medicamento que está tomando, el cambio no lo afectará hasta el 1 de enero del año siguiente si permanece en el plan:

* [*Plans that do not use tiers may omit:]* Si trasladamos el medicamento a un nivel superior de costo compartido.
* Si imponemos una nueva restricción a su uso del medicamento.
* Si quitamos su medicamento de la lista de medicamentos, pero no debido a un retiro repentino del mercado o a que un nuevo medicamento genérico lo ha reemplazado.

Si se produce alguno de estos cambios para un medicamento que está tomando, el cambio no afectará su uso o la parte que usted paga del costo hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, es probable que no note ningún incremento en sus pagos o ninguna restricción adicional al uso del medicamento. Sin embargo, el 1 de enero del año siguiente, los cambios lo afectarán.

En algunos casos, se verá afectado por el cambio en la cobertura antes del 1 de enero:

* Si un **medicamento de marca que está tomando es reemplazado por un medicamento genérico**, el plan debe informarle con al menos 60 días de anticipación o reponer su medicamento de marca para 60 días en una farmacia de la red.
  + Durante este período de 60 días, debe analizar junto con su proveedor el cambio por un medicamento genérico u otro medicamento cubierto.
  + O bien, usted y su proveedor pueden solicitar al plan que realice una excepción y continúe la cobertura de su medicamento de marca. Si desea información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*))*.*
* Nuevamente, si un medicamento **se retira repentinamente del mercado** debido a que se comprobó que no es seguro o por otros motivos, el plan inmediatamente lo quitará de la lista de medicamentos. Le informaremos este cambio de inmediato.
  + Su proveedor también conocerá este cambio, y podrá trabajar con usted para buscar otro medicamento para su enfermedad.

SECCIÓN 8 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 8.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica los tipos de medicamentos recetados que están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si recibe medicamentos que están excluidos, usted debe pagarlos.No pagaremos por los medicamentos que se indican en esta sección [*insert if applicable:* (excepto por determinados medicamentos excluidos que se cubren dentro de nuestra cobertura ampliada de medicamentos)]. La única excepción: si después de una apelación se comprueba que el medicamento solicitado es un medicamento no excluido en la Parte D y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Si desea información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, consulte la Sección 6.5 en el Capítulo 9 de este manual.)

A continuación se detallan tres normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en la Parte D:

* Nuestro plan de medicamentos de la Parte D no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por las Partes A o B de Medicare.
* Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
* Nuestro plan no suele cubrir los usos no indicados. El “uso no indicado” es cualquier uso del medicamento distinto a los usos indicados en el prospecto del medicamento según la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA).
  + En general, la cobertura de los “usos no indicados” se permite sólo en casos en los que el uso esté respaldado por determinados libros de referencia. Estos libros de referencia son la información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service, el sistema de información DRUGDEX, y USPDI o la versión posterior. Si el uso no está respaldado por alguno de estos libros de referencia, nuestro plan no puede cubrir el “uso no indicado”.

Además, según lo exige la ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: [*Insert if applicable:* (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se mencionan a continuación a través de nuestra cobertura ampliada de medicamentos, por la cual se podría cobrar una prima adicional. A continuación proporcionamos más información.):]

* Medicamentos sin receta (también llamados de venta libre).
* Medicamentos usados para estimular la fertilidad.
* Medicamentos usados para aliviar los síntomas de la tos o el resfrío.
* Medicamentos usados con fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.
* Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y los preparados de fluoruro.
* Medicamentos usados para el tratamiento de las disfunciones sexual o eréctil tales como Viagra, Cialis, Levitra y Caverject.
* Medicamentos usados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
* Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante solicite que se adquieran las pruebas asociadas o los servicios de supervisión exclusivamente del fabricante como condición de venta.
* Barbitúricos, excepto cuando se usan para el tratamiento de la epilepsia, el cáncer o una enfermedad mental crónica.

[*Insert if applicable:* Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos recetados (cobertura ampliada de medicamentos) que los planes de medicamentos recetados de Medicare no suelen cubrir. [*Insert details about the excluded drugs your plan does cover, including whether you place any limits on that coverage.]* La cantidad que usted paga al comprar estos medicamentos no se tiene en cuenta para su elegibilidad para la Etapa de Cobertura Catastrófica. (La Etapa de Cobertura Catastrófica se describe en la Sección 7 del Capítulo 6 de este manual.)]

[*Insert if plan offers coverage for any drugs excluded under Part D:* Además, si usted **recibe Ayuda Adicional de Medicare** para pagar sus medicamentos, el programa de Ayuda Adicional no pagará los medicamentos que generalmente no están cubiertos. (Consulte la Lista de medicamentos del plan o llame a Servicios para Miembros si desea más información. Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual.) No obstante, si usted recibe cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que no suelen estar cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar el tipo de cobertura de medicamentos que se encuentra disponible. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2.)]

*[Insert if plan does not offer coverage for any drugs excluded under Part D:* **Si usted recibe Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos**, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que no suelen estar cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar el tipo de cobertura de medicamentos que se encuentra disponible. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2.)]

SECCIÓN 9 Muestre su tarjeta de miembro del plan al presentar una receta

Sección 9.1 Muestre su tarjeta de miembro

Para comprar un medicamento, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando usted muestra su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red automáticamente facturará al plan *nuestra* parte del costo del medicamento recetado cubierto. Usted deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo al retirar su medicamento recetado.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si no lleva la tarjeta de miembro?

Si no tiene la tarjeta de miembro del plan al comprar un medicamento, solicite a la farmacia que llame al plan para recibir la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar la totalidad del costo del medicamento cuando lo retire.** (Posteriormente puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan.)

SECCIÓN 10 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

Sección 10.1 ¿Qué sucede si usted se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada por una internación cubierta por el plan?

Si es admitido en un hospital o centro de enfermería especializada para una internación cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su internación. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que éstos cumplan con todas nuestras normas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección, donde se informan las normas para recibir la cobertura de medicamentos. El capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D)* le proporciona más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

**Tenga en cuenta:** Al ingresar, vivir o retirarse de un centro de enfermería especializada, usted es elegible para un período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (El Capítulo 10, *Terminación de su membresía en el plan*, le informa cuándo puede abandonar nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare.)

Sección 10.2 ¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo?

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo (como un asilo de ancianos) posee su propia farmacia, o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted vive en un centro de cuidado a largo plazo, puede recibir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro siempre que ésta forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no la encuentra, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

**¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo y se inscribe en el plan?**

Si necesita un medicamento que no está incluido en la lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporario** de su medicamento durante los primeros [*insert time period (must be at least 90 days)]*de su inscripción. El primer suministro será para un máximo de [*insert supply limit (must be at least a 31-day supply)*], o menos si su receta dispone una cantidad menor de días. Si fuera necesario, cubriremos la reposición del medicamento durante sus primeros [*insert time period (must be at least 90 days)]* en el plan.

Si ha sido miembro del plan durante más de [*insert time period (must be at least 90 days)]* y necesita un medicamento que no está incluido en nuestra lista de medicamentos o si el plan tiene alguna restricción para la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de [*insert supply limit (must be at least a 31-day supply)*], o menos si su receta dispone una cantidad menor de días.

Durante el tiempo en que recibe un suministro temporario de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando este se termine. Tal vez haya otro medicamento cubierto por el plan que podría darle los mismos resultados. O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que realice una excepción para usted y cubra el medicamento de la forma que usted desearía que fuera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le indica lo que debe hacer*.*

Sección 10.3 ¿Qué sucede si además recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de jubilados o de su empleador?

¿Actualmente tiene otro plan de medicamentos recetados a través de un plan grupal de jubilados o de su empleador (o el de su cónyuge)? De ser así, comuníquese con **el administrador de beneficios de dicho grupo.** Esta persona puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si tiene un empleo en la actualidad, la cobertura de medicamentos recetados que obtendrá de nosotros será *secundaria* a la cobertura de grupo de jubilados o de su empleador. Eso significa que la cobertura grupal pagaría en primer lugar.

**Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:**

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le informe si su cobertura de medicamentos recetados para el año siguiente es “acreditable” y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan grupal es “**acreditable”**, esto significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio y como mínimo, la misma cantidad que la cobertura estándar de medicamentos de Medicare.

**Conserve estos avisos sobre cobertura acreditable,** ya que es posible que los necesite más adelante. Si se inscribe en un plan Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura *acreditable*. Si no recibió el aviso de la cobertura válida por parte de su plan grupal del empleador o de jubilados, puede obtener una copia del administrador de beneficios del plan del empleador o jubilados o el empleador o sindicato.

SECCIÓN 11 Programas para la seguridad y la administración de medicamentos

Sección 11.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura

Llevamos a cabo una revisión del uso de medicamentos de nuestros miembros para ayudar a garantizar que estén recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que le recetas sus medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que usted presenta una receta. Además, realizamos una revisión periódica de nuestros registros. Durante estas revisiones buscamos posibles problemas, tales como:

* Posibles errores de medicación
* Medicamentos que posiblemente no sean necesarios dado que ya toma otro medicamento para tratar el mismo problema de salud
* Medicamentos que posiblemente no sean seguros o adecuados por su edad o sexo
* Determinadas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si se toman simultáneamente
* Recetas para medicamentos que contienen ingredientes a los cuales es alérgico.
* Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.

Si observamos un posible problema en su uso de la medicación, lo analizaremos junto con su médico para corregir el problema.

Sección 11.2 Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

[*Plans should include this section only if applicable.*]

Contamos con programas que pueden ayudar a nuestros miembros con situaciones especiales. Por ejemplo, algunos miembros padecen varias enfermedades complejas o posiblemente necesitan tomar varios medicamentos a la vez, o podrían tener costos de medicamentos muy elevados.

Estos programas son voluntarios y gratuitos para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos elaboraron los programas para nosotros. Los programas pueden ayudar a garantizar que nuestros miembros estén usando los medicamentos más eficaces para el tratamiento de sus problemas de salud y ayudarnos a identificar posibles errores en la medicación.

Si contamos con un programa que se ajusta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos su decisión y terminación del programa. Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 119

Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que le explican su cobertura de medicamentos 119

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que usted se encuentra al obtener el medicamento 120

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago para los miembros de *[insert 2013 plan name]*? 120

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 122

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado la “Explicación de beneficios” (“EOB”) 122

Sección 3.2 Ayúdenos a actualizar la información sobre sus pagos de medicamentos 123

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos *[insert drug tiers if applicable]* 124

Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de Deducible hasta que haya pagado $[*insert deductible amount*] por sus medicamentos *[insert drug tiers if applicable]* 124

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte 125

Sección 5.1 Lo que usted paga por su medicamento depende del medicamento y del lugar donde lo compra 125

Sección 5.2 La tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento *durante un mes* 126

Sección 5.3 La tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento *a largo plazo* ([*insert if applicable*: de hasta] [*insert number of days*] días) 127

Sección 5.4 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus *[insert as applicable:* costos totales de medicamentos durante el año lleguen a $[*insert initial coverage limit*] *OR* los gastos directos de su bolsillo durante el año lleguen a $[*insert TrOOP amount*]] 128

Sección 5.5 La forma en que Medicare calcula su costo de bolsillo para medicamentos recetados 130

SECCIÓN 6 Durante el Período sin Cobertura, [*insert as appropriate*:usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más de 79% de los costos de los medicamentos genéricos *OR* el plan ofrece parte de la cobertura de medicamentos] 133

Sección 6.1 Usted permanece en el Período sin Cobertura hasta que los gasto directos de su bolsillo lleguen a $[*insert TrOOP amount*] 133

Sección 6.2 La forma en que Medicare calcula su costo de bolsillo para medicamentos recetados 134

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. 137

Sección 7.1 Cuando se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año 137

SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales 138

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales 138

SECCIÓN 9 Su pago por las vacunas cubiertas de la Parte D depende de cómo y dónde las recibe 138

Sección 9.1 Nuestro plan tiene una cobertura por separado para el medicamento de la vacuna de la parte D y para el costo de la aplicación de la vacuna 138

Sección 9.2 Puede llamar a Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna 140

SECCIÓN 10 ¿Debe pagar la “multa por inscripción tardía” para la Parte D? 140

Sección 10.1 ¿Qué es la “multa por inscripción tardía” para la Parte D? 140

Sección 10.2 ¿Cuál es la cantidad de la multa por inscripción tardía para la Parte D? 141

Sección 10.3 En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no pagar la multa 142

Sección 10.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía? 143

SECCIÓN 11 ¿Debe pagar una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos? 143

Sección 11.1 ¿Quién paga una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos? 143

Sección 11.2 ¿Cuánto es la cantidad adicional de la Parte D? 143

Sección 11.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con el pago de una cantidad adicional de la Parte D? 144

Sección 11.4 ¿Qué sucede si no paga la cantidad adicional de la Parte D? 145

|  |  |
| --- | --- |
| **?** | **¿Sabía que existen programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos?**  [*Insert as appropriate, depending on whether SPAPs are discussed in Chapter 2:* Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre estos se encuentran “Ayuda Adicional” y los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica. *OR* El programa “Ayuda Adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos.] Si desea más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.  **¿Recibe ayuda para pagar sus medicamentos en la actualidad?**  Si usted se encuentra en un programa que ayuda a pagar por sus medicamentos, **parte de la información en esta *Evidencia de Cobertura* acerca de los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D [***insert as applicable:* **posiblemente no** *OR* **no] se aplica a usted.** [*insert as appropriate:* Incluimos *OR* Enviamos] un aviso separado, conocido como “Anexo de la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como “Anexo de subsidio por bajos ingresos” o “Anexo LIS”) que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este anexo, llame a Servicios para Miembros y solicite el “Anexo LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual.) |

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que le explican su cobertura de medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo utilizamos el término “medicamento” para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Tal como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos están incluidos en los medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por las Partes A y B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley. [*Optional for plans that provide supplemental coverage:* Nuestro plan podría cubrir algunos medicamentos excluidos si usted adquiere cobertura complementaria de medicamentos].

Para comprender la información sobre pagos que le proporcionamos en este capítulo, usted debe conocer aspectos básicos sobre los medicamentos cubiertos, los lugares dónde presentar las recetas y las normas que debe seguir al obtener sus medicamentos cubiertos. Los siguientes materiales le explican estos aspectos básicos:

* **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** Para simplificar, la llamamos “Lista de medicamentos”.
  + Esta Lista de medicamentos le indica cuáles medicamentos están cubiertos.
  + [*Plans that do not use tiers, omit]* Además, le indica en cuales de los [*insert number of tiers*] “niveles de costo compartido” se encuentra el medicamento y si existe alguna restricción a su cobertura de medicamentos.
  + Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en [*insert URL*]. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
* **El Capítulo 5 de este manual.** El Capítulo 5 le proporciona los detalles de su cobertura de medicamentos recetados, incluyendo las normas que debe seguir cuando obtiene dichos medicamentos. Además, el Capítulo 5 le indica los tipos de medicamentos recetados que no están cubiertos por nuestro plan.
* **El *Directorio de farmacias* *[insert if applicable: /Proveedores]* del plan.**En la mayoría de los casos, usted debe utilizar una farmacia de la red para recibir sus medicamentos recetados (consulte los detalles en el Capítulo 5). El *Directorio de farmacias* *[insert if applicable: Proveedores/]* contiene una lista de farmacias dentro de la red del plan. También le indica qué farmacias de la red pueden proporcionarle el suministro de un medicamento a largo plazo (por ejemplo, la presentación de una receta para obtener un suministro de tres meses).

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que usted se encuentra al obtener el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago para los miembros de *[insert 2013 plan name]*?

Tal como se muestra en la tabla a continuación, existen “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados en *[insert 2013 plan name]*.La cantidad que usted paga por un medicamento depende de la etapa en la que usted se encuentra cuando adquiere o renueva un medicamento. *[Plans with no premium delete the following sentence:]* Recuerde que siempre debe pagar la prima mensual del plan independientemente de la etapa de pago del medicamento.

*[Plans: Ensure entire table appears on the same page.]*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Etapa 1**  *Etapa de Deducible Anual* | **Etapa 2**  *Etapa de Cobertura Inicial* | **Etapa 3**  *Falta de Cobertura o Período sin Cobertura* | **Etapa 4**  *Etapa de Cobertura Catastrófica* |
| *[If plan has a deductible for all tiers insert:* Comienza en esta etapa de pago cuando presenta su primera receta del año.]  Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos *[insert as applicable:* de marca *OR* *[tier name(s)]*].  Permanece en esta etapa hasta que haya pagado $[*insert deductible amount*] por sus medicamentos *[insert if applicable:* de marca *OR* *[tier name(s)]*] ($[*insert deductible amount*] es la cantidad de su deducible *insert if applicable:* de marca *OR* *[tier name(s)]*]).  (Los detalles se encuentran en la Sección 4 de este capítulo.)  [*Plans with no deductible replace the text above with:* (Dado que no hay deducible para el plan, esta etapa de pago no se aplica a usted.*]* | *[Insert if plan has no deductible:* Comienza en esta etapa cuando presenta su primera receta del año.]  *[Insert if plan has no deductible or a deductible that applies to all drugs:* Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo.]**  *[Insert if plan has a deductible that applies to some drugs:* Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos [*insert if applicable:* genéricos *OR* *[tier name(s)]*] y usted **paga su parte del costo.**  Después de que usted (u otra persona en su nombre) cubre su deducible [*insert if applicable:* de marca *OR* *[tier name(s)]*] el plan paga la parte que le corresponde de sus medicamentos *[insert if applicable:* de marca *OR* *[tier name(s)]*] y usted paga su parte.]  Permanece en esta etapa hasta que el *[insert as applicable:* **“costo total de medicamentos”** (sus pagos más los pagos del plan de la Parte D) sume $[*insert initial coverage limit*]. *OR* **“costo de bolsillo”** (sus pagos) llegue a $[*insert TrOOP amount*].] hasta la fecha.  (Los detalles se encuentran en la Sección 5 de este capítulo.) | *[Plans with no gap coverage insert:* Durante esta etapa usted paga 47.5% del precio de los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de suministro) y 79% del precio de los medicamentos genéricos.]  *[Plans with generic coverage only in the gap insert:* En el caso de medicamentos genéricos, usted paga [*plans should briefly describe generic coverage. E.g., either a $10 copayment or 79% of the costs, whichever is lower].* En el caso de medicamentos de marca, usted paga 47.5% del precio (más una parte de la tarifa de suministro).]  *[Plans with some coverage in the gap: insert description of gap coverage using standard terminology.]*  Permanecerá en esta etapa hasta que los **“gastos directos de su bolsillo”** anuales hasta la fecha (sus pagos) sumen$[*insert TrOOP*]. Esta cantidad y las normas para que los costos cuenten en dicha cantidad han sido establecidos por Medicare.  (Los detalles se encuentran en la Sección 6 de este capítulo.)  [*Plans with no additional coverage gap replace the text above with:* (Dado que no hay brecha en la cobertura en el plan, esta etapa de pago no se aplica a usted.] | Durante esta etapa, **el plan pagará la mayor parte del costo** de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2013).  (Los detalles se encuentran en la Sección 7 de este capítulo.) |

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios” (“EOB”)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted realizó al obtener o reponer sus medicamentos en la farmacia. De esta manera, le podemos informar cuando pasó de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, registramos dos tipos de costos:

* Llevamos un registro de la cantidad que usted ha pagado. Esto se conoce como gasto directo **“de su bolsillo”**.
* Llevamos un registro del **"costo total de medicamentos”**. Esta es la cantidad que usted paga de su bolsillo o que otras personas pagan en su nombre más la cantidad que paga el plan.

Nuestro plan elaborará un informe por escrito llamado *Explicación de beneficios* (en ocasiones se llama “EOB”, por sus siglas en inglés) cuando haya presentado una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. Este informe incluye:

* **Información de ese mes.** Este informe le proporciona los detalles de pagos de recetas que usted presentó durante el mes anterior. Muestra el costo total de medicamentos, los pagos del plan y los pagos realizados por usted u otras personas en su nombre.
* **Total del año desde el 1 de enero**. Esto se conoce como información “anual hasta la fecha”. Indica el costo total de medicamentos y el total de pagos por sus medicamentos desde principios de año.

Sección 3.2 Ayúdenos a actualizar la información sobre sus pagos de medicamentos

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que usted realiza por los mismos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Usted puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

* **Muestre su tarjeta de miembro al obtener sus medicamentos.** Para asegurarse de que el plan sepa qué medicamentos compra y cuánto paga, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga sus medicamentos.
* **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** En algunos casos, cuando usted pague por sus medicamentos recetados, no recibiremos automáticamente la información necesaria para llevar un registro de su costo de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de su costo de bolsillo, puede enviarnos copias de los recibos de medicamentos que haya comprado. (Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar al plan que pague la parte que le corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 en el Capítulo 7 de este manual.)Estos son algunos tipos de situaciones en las que es conveniente que nos envíe copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de sus gastos de medicamentos:
* Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
* Cuando realizó un copago por medicamentos proporcionados dentro del programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
* Cuando haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o cuando haya pagado el precio total por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
* **Envíenos información sobre los pagos que otras personas han realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta para su costo de bolsillo y le ayudan a ser elegible para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por *[plans without a SPAP in their state delete next item:]* un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA, el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se tienen en cuenta para su costo de bolsillo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviarnos esta información para que podamos registrar sus costos.
* **Revise el informe por escrito que le enviamos.** Cuando usted recibe una *Explicación de beneficios* (una EOB) por correo, léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta información, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). *[Plans that allow members to manage this information on-line may describe that option here.]* Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos *[insert drug tiers if applicable]*

Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de Deducible hasta que haya pagado $[*insert deductible amount*] por sus medicamentos *[insert drug tiers if applicable]*

[*Plans with no deductible replace Section 4 title with:* No hay deducible para *[insert 2013 plan name].*

[*Plans with no deductible replace Section 4,1 title with:* Usted no paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D.]

[*Plans with no deductible replace text below with*: No hay deducible para[*insert 2013 plan name*]*.* Usted comienza en la Etapa de Cobertura Inicial cuando presenta su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información acerca de su cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.]

La etapa de Deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. [*Plans with a deductible for all drug types/tiers, insert:* Esta etapa comienza cuando presenta su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **usted debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcanza la cantidad deducible del plan que es de $[*insert deductible amount*] para 2013.] [*Plans with a deductible on only a subset of drugs, insert:* Usted pagará un deducible de $[*insert deductible amount*] por medicamentos [*insert applicable drug tiers*]. **Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos [*insert applicable drug tiers*]** hasta alcanzar la cantidad deducible del plan. Para los demás medicamentos, usted no deberá pagar un deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato.]

* Su **“costo total”** suele ser inferior al precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos menores para la mayoría de los medicamentos.
* El “**deducible”** es la cantidad que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D que reciba antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.

Cuando usted haya pagado $[*insert deductible amount*] por sus medicamentos *[insert drug tiers if applicable]*, usted abandona la Etapa de Deducible y pasa a la próxima etapa de pago de medicamentos, que es la etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que usted paga por su medicamento depende del medicamento y del lugar donde lo compra

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte del costo que le corresponde por sus recetas médicas cubiertas, y usted paga su parte (su *[insert as applicable:* copago *OR* monto de coseguro *OR* monto de coseguro o copago]). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde lo compre.

**El plan tiene [*insert number of tiers*] niveles de costo compartido**

*[Plans that do not use drug tiers should omit this section.]*

Cada medicamento en la Lista de medicamentos del plan está en uno de los [*insert number of tiers*] niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el número del nivel de costo compartido, más alto será el costo del medicamento:

* *[Plans should briefly describe each tier (e.g., Cost-Sharing Tier 1 includes generic drugs). Indicate which is the lowest tier and which is the highest tier.]*

Para saber a qué nivel de costo compartido pertenece su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

**Sus opciones de farmacias**

Lo que usted paga por un medicamento depende de dónde lo obtiene:

* *[Plans with preferred and non-preferred pharmacies, delete this bullet and use next two bullets instead:]* Una farmacia minorista dentro de la red de nuestro plan
* *[Plans with preferred and non-preferred pharmacies, insert:* Una farmacia minorista preferida dentro de la red de nuestro plan]
* *[Plans with preferred and non-preferred pharmacies, insert:* Una farmacia minorista no preferida dentro de la red]
* Una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan
* *[Plans without mail-order service, delete this bullet:]* La farmacia de pedido por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y la presentación de recetas, consulte el Capítulo 5 de este manual y el *Directorio de farmacias* del plan.

*[Include if plan has both preferred and non-preferred pharmacies in their networks:* Las farmacias preferidas son farmacias de nuestra red en las cuales los miembros tienen un costo compartido menor para adquirir medicamentos cubiertos que en las farmacias no preferidas de la red. No obstante, tanto en las farmacias preferidas como no preferidas de la red, usted generalmente recibirá un precio menor por sus medicamentos que en las farmacias fuera de la red. Puede acudir a cualquiera de estos tipos de farmacias de la red para obtener sus medicamentos recetados cubiertos.]

Sección 5.2 La tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento *durante un mes*

[*Plans using only copayments or only coinsurance should edit this paragraph to reflect the plan’s cost sharing:]* Durante la Etapa de Cobertura Inicial, la parte del costo que le corresponde será un copago o un coseguro.

* **“Copago”** significa que usted paga una cantidad fija cada vez que compra un medicamento.
* **“Coseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que compra un medicamento.

[*Plans that do not use drug tiers, omit:]* Tal como se muestra en la tabla siguiente, la cantidad de copago o coseguro depende del nivel de costo compartido al que pertenece su medicamento. Tenga en cuenta:

* *[Plans without copayments omit:]* Si su medicamento recetado cuesta menos que la cantidad del copago que aparece en la tabla, usted pagar el precio más bajo por el medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o* la cantidad del copago, *el que sea menor.*
* El plan cubre recetas que se despachan en farmacias que no pertenecen a la red sólo en algunas situaciones especiales. Consulte la Sección 3.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta despachada en una farmacia fuera de la red.

*[If plan has any preferred pharmacies, the chart must be modified to reflect the appropriate member cost sharing for preferred and non-preferred pharmacies. The plan may also add or remove tiers as necessary. If mail order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell: “El pedido por correo no se encuentra disponible para medicamentos en el nivel [insert tier].”]*

**Su parte del costo cuando obtiene un suministro *de un mes* (o menos) de un medicamento recetado cubierto en la Parte D de:**

|  | **Farmacia de la red**  (suministro de hasta *[insert number of days]* días) | **Servicio de pedido por correo del plan**  (suministro de hasta *[insert number of days]* días) | **Farmacia de cuidado a largo plazo del plan**  (suministro de hasta *[insert number of days]* días) | **Farmacia fuera de la red**  (La cobertura se limita a ciertas situaciones; para más detalles, consulte el Capítulo 5.)(suministro de hasta *[insert number of days]* días) |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel 1 de costo compartido**  ([*insert description, e.g., “generic drugs”*]) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 2 de costo compartido**  ([*insert description*]) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 3 de costo compartido**  ([*insert description*]) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 4 de costo compartido**  ([*insert description*]) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |

Sección 5.3 La tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento *a largo plazo* ([*insert if applicable*: de hasta] [*insert number of days*] días)

*[Plans that do not offer extended-day supplies delete Section 5.3]*

En el caso de algunos medicamentos, usted puede recibir un suministro a largo plazo (también conocido como “suministro extendido”) cuando compra su medicamento. Un suministro a largo plazo es [*insert if applicable:* de hasta] *[insert number of days]* días. (Si desea conocer los detalles sobre dónde y cómo recibir un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5.)

La siguiente tabla muestra sus pagos cuando recibe un suministro de un medicamento a largo plazo ([*insert if applicable:* de hasta] *[insert number of days]* días).

* *[Plans without copayments omit:]* Tenga en cuenta: Si su medicamento recetado cuesta menos que la cantidad del copago que aparece en la tabla, usted pagar el precio más bajo por el medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o* la cantidad del copago, *el que sea menor.*

*[If plan has any preferred pharmacies, the chart must be modified to reflect the appropriate member cost sharing for preferred and non-preferred pharmacies. The plan may also add or remove tiers as necessary.]*

*[Plans must include all of their tiers in the table. If plans do not offer extended-day supplies for certain tiers, the plan should use the following text in the cost-sharing cell: “No dispone de suministro a largo plazo para los medicamentos en el nivel [insert tier].”]*

**Su parte del costo cuando obtiene un suministro *a largo plazo* (para *[insert number of days]* días) de un medicamento recetado cubierto de la Parte D de:**

|  | **Farmacia de la red**  ([*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]* días de suministro) | **Servicio de pedido por correo del plan**  ([*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]* días de suministro) |
| --- | --- | --- |
| **Nivel 1 de costo compartido**  ([*insert description*]) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 2 de costo compartido**  ([*insert description*]) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 3 de costo compartido**  ([*insert description*]) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 4 de costo compartido**  ([*insert description*]) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |

Sección 5.4 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus *[insert as applicable:* costos totales de medicamentos durante el año lleguen a $[*insert initial coverage limit*] *OR* los gastos directos de su bolsillo durante el año lleguen a $[*insert TrOOP amount*]]

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la cantidad total de los medicamentos que usted compre o reponga alcance el **límite de** **$[*insert initial coverage limit*] para la Etapa de Cobertura Inicial**.

Su costo total de medicamentos se basa en la suma de lo que usted pagó y lo que pagó cualquier plan de la Parte D:

* **Lo que usted pagó** por todos los medicamentos cubiertos que ha adquirido desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre la forma en que Medicare calcula los gasto directos de su bolsillo.) Esto incluye:
  + *[Plans without a deductible, omit:]* La cantidad de $[*insert deductible amount*] que pagó durante la Etapa de Deducible.
  + El total que pagó como su parte del costo de los medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial.
* **Lo que el plan pagó** como la parte que le corresponde del costo de los medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial. (Si usted estuvo inscrito en otro plan de la Parte D en algún momento durante 2013, la cantidad que el plan pagó durante la Etapa de Cobertura Inicial también se tiene en cuenta para sus costos totales de medicamentos.)

*[Plans with no additional coverage gap replace the text above with:* Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que su costo total de bolsillo llegue a $[*insert TrOOP amount*]. Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos de bolsillo. (Consulte la Sección *[insert section number]* para obtener información sobre la forma en que Medicare calcula los gastos directos de su bolsillo.) Cuando alcanza un límite del gasto directo de su bolsillo de $[*insert TrOOP amount]*, usted abandona la Etapa de Cobertura Inicial e ingresa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.]

[*Insert if applicable:* Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos recetados que un plan de medicamentos recetados de Medicare no suele cubrir. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tienen en cuenta para su *[insert if plan has a coverage gap:* límite de cobertura inicial o] total de gasto directo de su bolsillo. [*Insert only if plan pays for OTC drugs as part of its administrative costs:* También ofrecemos algunos medicamentos de venta libre para su uso exclusivo. Usted recibe estos medicamentos de venta libre gratuitamente.] Para conocer los medicamentos cubiertos por nuestro plan, consulte el Formulario.]

La *Explicación de beneficios* (EOB) que le enviamos le servirá para llevar un registro de la cantidad que usted y el plan gastaron en sus medicamentos durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de [*insert as applicable:* $[*insert initial coverage limit*] *OR* $[*insert TrOOP amount*] en un año.

Le informaremos si alcanza este monto de [*insert as applicable:* $[*insert initial coverage limit*] *OR* $[*insert TrOOP amount*]. Si lo hace, usted dejará la Etapa de Cobertura Inicial e ingresará a la *[insert as applicable:* Período sin Cobertura *OR* Etapa de Cobertura Catastrófica*].*

Sección 5.5 La forma en que Medicare calcula el gasto directo de su bolsillo para medicamentos recetados

*[Plans no additional coverage gap: insert Section 5.5]*

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como gasto directo de su bolsillo. Cuando alcanza un límite de gasto directo de su bolsillo de $[*insert TrOOP amount]*, usted abandona la Etapa de Cobertura Inicial e ingresa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Éstas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando llevamos un registro de los gastos directos de bolsillo para medicamentos.

|  |  |
| --- | --- |
| *Estos pagos están incluidos en los gastos directos de su bolsillo* |  |
| Cuando suma los gastos directos de su bolsillo, *usted puede incluir* los pagos que se encuentran a continuación (si pertenecen a los medicamentos cubiertos de la Parte D y cumplió con las normas para la cobertura de medicamentos que se mencionan en el Capítulo 5 de este manual):  * La cantidad que paga por medicamentos cuando se encuentra en alguna de las siguientes etapas de pago de medicamentos:   + [*Plans without a deductible, omit:]* La Etapa de Deducible.   + La Etapa de Cobertura Inicial. * Los pagos que haya realizado durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.   **La persona que paga tiene importancia:**   * Si realiza los pagos **por su cuenta**, los mismos se incluyen en los gastos directos de su bolsillo. * Estos pagos *también se incluyen* si los realizan en su nombre **algunas otras personas y organizaciones.** Esto incluye pagos por sus medicamentos hechos por un amigo o familiar, por organizaciones de beneficencia, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, *[plans without a SPAP in their state delete next item:]* por un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica certificado por Medicare o por el Servicio de Salud para Indígenas. También se incluyen los pagos del Programa “Ayuda Adicional” de Medicare. * Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de Medicare de descuentos durante la etapa de brecha en la cobertura. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero no se incluye la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos.  *Entrada a la Etapa de Cobertura Catastrófica:**Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) hayan gastado un total de $[insert TrOOP amount] en gastos directos de bolsillo dentro del año calendario, usted pasa de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.* | |

|  |  |
| --- | --- |
| *Estos pagos no están incluidos en los gastos directos de su bolsillo* |  |
| Cuando usted suma los gastos directos de su bolsillo, ***no puede* incluir** *ninguno* *de* estos tipos de pagos por medicamentos recetados:   * [*Plans with no premium, omit:]* La cantidad que paga por su prima mensual. * Los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios. * Los medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan. * Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red y que no cumplen con los requisitos del plan para recibir cobertura fuera de la red. * [*Insert if plan does not provide coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:* Los medicamentos que no pertenecen a la Parte D, entre ellos los medicamentos recetados de las Partes A y B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.   [*Insert next two bullets if plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:*   * Los medicamentos recetados de las Partes A o B. * Los pagos que realice por medicamentos incluidos dentro de nuestra cobertura adicional pero que no están generalmente cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.] * [*Insert if applicable:* Los pagos que realice por medicamentos recetados que no están generalmente cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare.] * Los pagos por medicamentos genéricos realizados por el plan durante el Período sin Cobertura. * Los pagos por medicamentos realizados por planes de salud grupal, entre ellos los planes de salud del empleador. * Los pagos por medicamentos realizados por algunos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno tales como TRICARE y la Administración de Veteranos. * Los pagos por medicamentos realizados por un tercero que está legalmente obligado a pagar por gastos de medicamentos recetados (por ejemplo, la Compensación para Trabajadores).   *Recordatorio:*Si alguna otra organización como las mencionadas anteriormente paga de manera total o parcial los gastos directos de su bolsillo para medicamentos, usted debe informar a nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). | |

## *¿Cómo puede llevar un registro del total de gastos directos de su bolsillo?*

* **Nosotros le ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios* (EOB) que le enviamos incluye la cantidad actual de los gastos directos de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo le explica acerca de este informe). Cuando usted llegue a un total de $[*insert TrOOP amount*] en gastos directos de su bolsillo para el año, este informe le indicará que sale la *Etapa de Cobertura Inicial* y entra a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
* **Asegúrese de que tengamos la información necesaria**. La Sección 3.2 le informa lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros sobre sus gastos estén completos y actualizados.]

SECCIÓN 6 Durante el Período sin Cobertura, [*insert as appropriate*:usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más de 79% de los costos de los medicamentos genéricos *OR* el plan ofrece parte de la cobertura de medicamentos]

Sección 6.1 Usted permanece en el Período sin Cobertura hasta que los gastos directos de su bolsillo lleguen a $[*insert TrOOP amount*]

[*Plans with no additional coverage gap replace Section 6 title with:* No hay brecha de cobertura para [*insert 2013 plan name*].

[*Plans with no additional coverage gap replace Section 6.1 title with:* Usted no tiene una brecha de cobertura para sus medicamentos de la Parte D.]

[*Plans with no additional coverage gap replace text below with*: No hay brecha de cobertura para [*insert 2013 plan name*]. Cuando abandona la Etapa de Cobertura Inicial, usted ingresa a la Etapa de Cobertura Catastrófica. Consulte la Sección 7 para obtener información acerca de su cobertura en la Etapa de Cobertura Catastrófica.]

*Plans with some coverage in the gap, revise the text below as needed to describe the plan’s coverage.]*

Cuando usted se encuentra en el Período sin Cobertura, el Programa de Medicare de descuentos durante la etapa de brecha en la cobertura ofrece descuentos del fabricante en los medicamentos de marca.Usted paga47.5% del precio negociado (sin incluir tarifas de suministro y vacunación, si los hubiera) para los medicamentos de marca. La cantidad que usted paga y la cantidad descontada por el fabricante se tienen en cuenta para el gasto directo de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y le ayudan a pasar la etapa de falta de cobertura o periodo sin cobertura.

Además, recibe cobertura para algunos medicamentos genéricos. Usted no paga más del 79% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (21%) no se tiene en cuenta para el gasto directo de su bolsillo. Solamente cuenta la cantidad que usted paga y que le ayuda a pasar la etapa de falta de cobertura o periodo sin cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no más del 79% de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos anuales de bolsillo lleguen a una cantidad máxima establecida por Medicare. En el año 2013, esa cantidad es de $[*insert TrOOP amount.*]]

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como gastos directos de su bolsillo. Cuando alcanza un límite de gastos directos de su bolsillo de $[*insert TrOOP amount]*, usted sale del Período sin Cobertura y entra en la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Sección 6.2 La forma en que Medicare calcula los gastos directos de su bolsillo para medicamentos recetados

*[Plans no additional coverage gap: delete Section 6.2]*

Éstas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando llevamos un registro de los gastos directos de su bolsillo para medicamentos.

|  |  |
| --- | --- |
| *Estos pagos están incluidos en los gastos directos de su bolsillo* |  |
| Cuando suma los gastos directos de su bolsillo, *usted puede incluir* los pagos que se encuentran a continuación (si pertenecen a los medicamentos cubiertos de la Parte D y cumplió con las normas para la cobertura de medicamentos que se mencionan en el Capítulo 5 de este manual):  * La cantidad que paga por medicamentos cuando se encuentra en alguna de las siguientes etapas de pago de medicamentos:   + [*Plans without a deductible, omit:]* La Etapa de Deducible.   + La Etapa de Cobertura Inicial.   + [*Plans without a coverage gap, omit:]* Período sin Cobertura * Los pagos que haya realizado durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.   **La persona que paga tiene importancia:**   * Si realiza los pagos **por su cuenta**, los mismos se incluyen en los gastos directos de su bolsillo. * Estos pagos *también se incluyen* si los realizan en su nombre **algunas otras personas y organizaciones.** Esto incluye pagos por sus medicamentos hechos por un amigo o familiar, por organizaciones de beneficencia, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, *[plans without a SPAP in their state delete next item:]* por un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica certificado por Medicare o por el Servicio de Salud para Indígenas. También se incluyen los pagos del Programa “Ayuda Adicional” de Medicare. * Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de Medicare de descuentos durante la etapa de brecha en la cobertura. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero no se incluye la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos.  *Entrada a la Etapa de Cobertura Catastrófica:**Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) hayan gastado un total de $[insert TrOOP amount] en gastos directos de su bolsillo dentro del año calendario, usted pasa de la [insert as applicable: Etapa de Cobertura Inicial OR Período sin Cobertura] a la Etapa de Cobertura Catastrófica.* | |

|  |  |
| --- | --- |
| *Estos pagos no están incluidos en los gastos directos de su bolsillo* |  |
| Cuando usted suma los gastos directos de su bolsillo, **no puede incluir** *ninguno* *de* estos tipos de pagos por medicamentos recetados:   * [*Plans with no premium, omit:]* La cantidad que paga por su prima mensual. * Los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios. * Los medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan. * Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red y que no cumplen con los requisitos del plan para recibir cobertura fuera de la red. * [*Insert if plan does not provide coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:* Los medicamentos que no pertenecen a la Parte D, entre ellos los medicamentos recetados de las Partes A y B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.   [*Insert next two bullets if plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:*   * Los medicamentos recetados de las Partes A o B. * Los pagos que realice por medicamentos incluidos dentro de nuestra cobertura adicional pero que no están generalmente cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.] * [*Insert if applicable:* Los pagos que realice por medicamentos recetados que no están generalmente cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare.] * Los pagos por medicamentos genéricos realizados por el plan durante el Período sin Cobertura. * Los pagos por medicamentos realizados por planes de salud grupal, entre ellos los planes de salud del empleador. * Los pagos por medicamentos realizados por algunos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno tales como TRICARE y la Administración de Veteranos. * Los pagos por medicamentos realizados por un tercero que está legalmente obligado a pagar por gastos de medicamentos recetados (por ejemplo, la Compensación para Trabajadores).   *Recordatorio:*Si alguna otra organización como las mencionadas anteriormente paga de manera total o parcial los gastos directos de su bolsillo para medicamentos, usted debe informar a nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). | |

## *¿Cómo puede llevar un registro del total de gastos directos de su bolsillo?*

* **Nosotros le ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios* (EOB) que le enviamos incluye la cantidad actual de gastos directos de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo le explica acerca de este informe). Cuando usted llegue a un total de $[*insert TrOOP amount*] en gastos directos de bolsillo durante el año, el informe le indicará que usted abandonó la *[insert as applicable: Etapa de Cobertura Inicial OR Período sin Cobertura]* e ingresó a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
* **Asegúrese de que tengamos la información necesaria**. La Sección 3.2 le informa lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros sobre sus gastos estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.

Sección 7.1 Cuando se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año

Usted es elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando los gastos directos de su bolsillo han alcanzado el límite de $[*insert TrOOP amount*] para el año calendario. Cuando se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta que termine el año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

*[Plans insert appropriate option for your catastrophic cost sharing:*

*Opción 1:*

* **La parte que le corresponde** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, la cantidad que sea *mayor*:
* –*ya sea* – un coseguro del 5% del costo del medicamento
* –*o* – un copago de $*[Insert 2013 catastrophic cost-sharing amount for generics/preferred multisource drugs*] por un medicamento genérico o un medicamento que sea considerado como un genérico. O un copago de $*[Insert 2013 catastrophic cost-sharing amount for all other drugs*] para los demás medicamentos.
* **Nuestro plan paga el resto** del costo.

*Opción 2:*

*[Insert appropriate tiered cost-sharing amounts].* Nosotros pagaremos la parte restante*.]*

*[If plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit, insert a description of cost sharing in the Catastrophic Coverage Stage.]*

SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales

[*Optional: Insert any additional benefits information based on the plan’s approved bid that is not captured in the sections above.]*

SECCIÓN 9 Su pago por las vacunas cubiertas de la Parte D depende de cómo y dónde las recibe

Sección 9.1 Nuestro plan tiene una cobertura por separado para el medicamento de la vacuna de la parte D y para el costo de la aplicación de la vacuna

Nuestro plan ofrece cobertura para varias vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D posee dos partes:

* La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí mismo**. La vacuna es un medicamento recetado.
* La segunda parte de la cobertura es para el costo de **la aplicación de la vacuna.** (A veces esto se conoce como la “administración” de la vacuna.)

**¿Cuánto paga por una vacuna de la Parte D?**

Lo que usted paga por una vacuna de la parte D depende de tres cosas:

**1. El tipo de vacuna** (para qué se le vacuna).

* + Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).*
  + Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.

**2. Donde obtiene el medicamento de la vacuna.**

**3. Quien le aplica la vacuna.**

Lo que usted paga en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

* En algunos casos cuando recibe una vacuna, deberá pagar el costo total del medicamento de la vacuna y de la aplicación de la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse la parte que le corresponde del costo.
* En otros casos, al recibir el medicamento de la vacuna o la aplicación de la vacuna, solamente pagará la parte del costo que le corresponde.

Para mostrarle el funcionamiento del proceso, a continuación se presentan tres maneras habituales en las que podría recibir una vacuna de la Parte D. [*Insert if applicable:* Recuerde que usted está a cargo de todos los costos asociados a las vacunas (entre ellos la administración) durante [*insert as applicable:* la Etapa de Deducible OR el Período sin Cobertura *OR* las Etapas de Deducible y de Brecha en la Cobertura] de su beneficio.]

*Situación 1:* Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y le aplican la vacuna en la farmacia de la red. (Tendrá esta opción según el lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas.)

* Usted deberá pagar a la farmacia la cantidad de su [*insert as appropriate:* coseguro *OR* copago] por la vacuna en sí.
* Nuestro plan pagará el costo de la administración de la vacuna.

*Situación 2:* Usted recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

* Al recibir la vacuna, usted pagará el costo total de la vacuna y de su administración.
* Posteriormente, usted puede solicitar que nuestro plan pague la parte que le corresponde del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este manual (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
* Usted recibirá un reembolso por la cantidad que pagó menos su [*insert as appropriate:* coseguro *OR* copago] normal de la vacuna (incluyendo la administración) [*Insert the following only if an out-of-network differential is charged:* menos la diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que normalmente pagamos. (Si usted recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos la diferencia.)]

*Situación 3:* Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia, y la lleva al consultorio del médico donde se la administran.

* Usted deberá pagar a la farmacia la cantidad de su [*insert as appropriate:* coseguro *OR* copago] por la vacuna en sí.
* Cuando su médico le administre la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. Posteriormente, usted puede solicitar que nuestro plan pague la parte que le corresponde del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este manual.
* Usted recibirá un reembolso por la cantidad que el médico cobre para administrar la vacuna [*Insert the following only if an out-of-network differential is charged:* menos la diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que normalmente pagamos. (Si usted recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos la diferencia.)]

[*Insert any additional information about your coverage of vaccines and vaccine administration.*]

Sección 9.2 Puede llamar a Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna

Las normas para la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarle. Le aconsejamos que primero llame a Servicios para Miembros cuando esté pensando en vacunarse. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual.)

* Podemos informarle de qué manera nuestro plan cubre su vacuna y explicarle la parte del costo que le corresponde.
* Podemos informarle de qué manera puede reducir sus propios costos si usa los proveedores y las farmacias de nuestra red.
* Si no puede utilizar un proveedor y una farmacia de la red, podemos informarle lo que debe hacer para recibir un reembolso por la parte del costo que nos corresponde.

SECCIÓN 10 ¿Debe pagar la “multa por inscripción tardía” para la Parte D?

Sección 10.1 ¿Qué es la “multa por inscripción tardía” para la Parte D?

**Nota:** S usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados, las normas de la multa por inscripción tardía no se aplican a usted. No pagará una multa por inscripción tardía aunque permanezca sin cobertura “acreditable” de medicamentos recetados.

Es posible que deba pagar una sanción financiera si no se inscribió en un plan que ofrece cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez para recibir esta cobertura de medicamentos, o si pasó un período de 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados. (“Cobertura acreditable de medicamentos recetados” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, dado que se espera que pague, en promedio y como mínimo, la misma cantidad que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.) La cantidad de la multa dependerá de cuánto esperó para inscribirse en un plan de cobertura acreditable de medicamentos recetados en cualquier momento después del final del período inicial de inscripción o cuántos meses completos estuvo sin cobertura acreditable de medicamentos recetados. Deberá pagar esta sanción mientras tenga cobertura de la Parte D.

La sanción se suma a su prima mensual. *[Plans that do not allow quarterly premium payments, omit the next sentence:]* (En el caso de los miembros que elijan pagar la prima cada tres meses, se agregará la sanción a la prima trimestral.) Al inscribirse por primera vez en *[insert 2013 plan name],* le informaremos la cantidad de la multa.

La multa por inscripción tardía se considera parte de la prima del plan. [*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: Si usted no paga su multa por inscripción tardía, podría terminar su membresía por no pagar la prima de su plan.]

[*Plans with no plan premium, replace the previous two paragraphs with the following language:* Al inscribirse por primera vez en *[insert 2013 plan name],* le informaremos la cantidad de la multa. La multa por inscripción tardía se considera la prima del plan. [*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: Si usted no paga su multa por inscripción tardía, podría terminar su membresía del plan.]]

Sección 10.2 ¿Cuál es la cantidad de la multa por inscripción tardía para la Parte D?

Medicare establece la cantidad de la multa. Funciona de la siguiente manera:

* En primer lugar, cuente la cantidad de meses completos que tardó en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare después de ser elegible para la inscripción. O cuente la cantidad de meses completos en los que no tuvo una cobertura acreditable de medicamentos recetados, si el período si cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si permanece 14 meses sin cobertura, su multa será del 14%.
* Posteriormente, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio del año anterior para los planes de medicamentos de Medicare en el país. [*Insert EITHER:* Para el año 2013, la cantidad promedio de la prima es de $[*insert 2013 national base beneficiary premium*] *OR* Para el año 2012, la cantidad promedio de la prima fue de $[*insert 2012 national base beneficiary premium*]. Este monto puede cambiar para el 2013.]
* Para obtener la multa mensual, se multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego se redondea a los 10 centavos más próximos. En este ejemplo, sería el 14% multiplicado por $[*insert base beneficiary premium*]. Esto equivale a $[*insert amount*], que se redondea a $[*insert amount*]. Esta cantidad se sumaría **a la prima mensual de una persona con una multa por inscripción tardía.**

Se deben tener en cuenta tres aspectos importantes acerca de esta multa mensual por inscripción tardía.

* Primero, **la multa puede cambiar cada año**, debido a que la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo establecido por Medicare) aumenta, su multa aumentará.
* Segundo, **usted continuará pagando una multa** todos los meses mientras permanezca inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare.
* Tercero, si usted tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía volverá a cero cuando usted cumpla 65 años. Después de esa edad, la multa por inscripción tardía se basará sólo en los meses que no tenga cobertura después del período inicial de inscripción por envejecimiento en Medicare.

Sección 10.3 En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no pagar la multa

Aunque se haya demorado en inscribirse en un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primea vez, a veces no debe pagar la multa por inscripción tardía.

**No deberá pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en alguna de estas situaciones:**

* Si ya tiene una cobertura de medicamento recetados que se espera que pague, en promedio y como mínimo, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Medicare la llama “**cobertura acreditable de medicamentos**”. Tenga en cuenta que:
  + La cobertura acreditable puede incluir cobertura de medicamentos de un sindicato o empleador anterior, de TRICARE o del Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o su departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Podrá recibir esta información en una carta o en un boletín informativo del plan. Conserve esta información porque podría necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente.
    - Tenga en cuenta: Si recibe un “certificado de cobertura acreditable” cuando finaliza su cobertura de salud, es posible que no signifique que su cobertura de medicamentos recetados era acreditable. El aviso debe decir que usted tuvo una cobertura “acreditable” de medicamentos recetados que se esperaba que pague la misma cantidad que paga el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
  + Las siguientes *no* son coberturas acreditables de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos en medicamentos.
  + Si desea información adicional acerca de la cobertura acreditable, consulte el manual *Medicare y Usted* 2013 o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
* Si no tuvo cobertura acreditable pero durante un período inferior a 63 días consecutivos.
* Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 10.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía?

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión sobre la multa. Por lo general, usted debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** desde la fecha de la carta que recibe en la que se informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

[*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: **Importante:** No deje de pagar su multa por inscripción tardía mientras espera la revisión de la decisión sobre la multa. Si lo hace, podría terminar su membresía del plan por no pagar las primas de su plan.]

SECCIÓN 11 ¿Debe pagar una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

Sección 11.1 ¿Quién paga una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

La mayoría de las personas paga una prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan una cantidad adicional debido a su ingreso anual. Si su ingreso es de $85,000 o más para una persona (o personas casadas que declaran impuestos por separado) o de $170,000 o más para parejas casadas, usted debe pagar una cantidad adicional directamente al gobierno por su cobertura de la Parte D de Medicare.

Si debe pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan Medicare, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional y cómo pagarla. La cantidad adicional será retenida de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Retiro Ferroviario, o la Oficina de Gerencia de Personal, independientemente de la manera en que usted pague la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. La cantidad adicional se debe pagar por separado y no se puede pagar con su prima mensual del plan.

Sección 11.2 ¿Cuánto es la cantidad adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI, por sus siglas en inglés) tal como aparece en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) es superior a cierta cantidad, usted pagará una cantidad adicional además de la prima mensual del plan.

La tabla siguiente muestra la cantidad adicional según su ingreso.

| **Si presentó una declaración de impuestos individual y su ingreso en 2011 fue:** | **Si estaba casado pero no presentó una declaración de impuestos por separado y su ingreso en 2011 fue:** | **Si presentó una declaración de impuestos conjunta y su ingreso en 2011 fue:** |  | **Este es el costo mensual de la cantidad adicional de la Parte D (a pagar además de la prima de su plan)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Igual o menos de $85,000 | Igual o menos de $85,000 | Igual o menos de $170,000 | | $0 |
| Más de $85,000 y menos de o igual a $107,000 |  | Más de $170,000 y menos de o igual a $214,000 | | [*insert amount*] |
| Más de $107,000 y menos de o igual a $160,000 |  | Más de $214,000 y menos de o igual a $320,000 | | [*insert amount*] |
| Más de $160,000 y menos de o igual a $214,000 | Más de $85,.000 y menos de o igual a $129.000 | Más de $320,000 y menos de o igual a $428,000 | | [*insert amount*] |
| Más de $214,000 | Más de $129,000 | Más de $428,000 | | [*insert amount*] |

Sección 11.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con el pago de una cantidad adicional de la Parte D?

Si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional debido a su ingreso, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Si desea más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 11.4 ¿Qué sucede si no paga la cantidad adicional de la Parte D?

La cantidad adicional por su cobertura de la Parte D de Medicare se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare). Si usted debe pagar una cantidad adicional y no lo hace, será dado de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitar que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos 147

Sección 1.1 Si usted paga nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos un pago 147

SECCIÓN 2 Cómo solicitar que le reembolsemos o paguemos una factura que ha recibido 149

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago 150

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y contestaremos si o no 151

Sección 3.1 Comprobaremos si debemos cubrir el servicio o medicamento y la cantidad adeudado 151

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos el total o una parte del cuidado médico o medicamento, usted puede presentar una apelación 151

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar los recibos y enviarnos copias 152

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de los recibos para ayudarnos a llevar un registro de los gastos directos de su bolsillo por medicamentos 152

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitar que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos un pago

En algunas ocasiones cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total de inmediato. En otras ocasiones, usted encontrará que ha pagado más de lo que esperaba bajo las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los dos casos, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva dinero (devolverle dinero suele denominarse como “reembolsarle”). Usted tiene derecho a que nuestro plan le devuelva dinero cuando pagó en exceso de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan.

También puede suceder que usted recibirá una factura de un proveedor por el costo total de cuidado médico que ha recibido. En muchos casos, debe enviarnos esta factura en lugar de pagarla. Nosotros examinaremos la factura y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que deben cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor.

A continuación se muestran algunas situaciones en las que posiblemente deba solicitar que nuestro plan le devuelva dinero o que pague una factura que ha recibido.

**1. Cuando usted ha recibido atención médica de emergencia o atención de urgencia de un proveedor que no está en la red del plan.**

Usted puede recibir atención de emergencia de cualquier proveedor, tanto dentro como fuera de nuestra red. Cuando recibe atención de urgencia o de emergencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted es responsable únicamente de pagar su parte del costo, no el costo total. Debe pedirle al proveedor que le facture al plan por nuestra parte del costo.

* Si paga la cantidad total por su cuenta al momento de recibir la atención, debe solicitar que le devolvamos nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
* En algunas ocasiones, puede recibir una factura del proveedor solicitando un pago que según usted no corresponde. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
  + Si existe una deuda con el proveedor, le pagaremos al proveedor directamente.
  + Si usted ya ha pagado en exceso de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto se le debe y le devolveremos nuestra parte del costo.

**2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted cree que no debe pagar**

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan directamente, y únicamente pedirle que pague su parte del costo. Pero a veces cometen errores, y le piden que pague en exceso de su parte.

* Usted sólo debe pagar su monto de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado conocido comos “facturación de saldos”. Esta protección (que usted nunca paga más que su monto de costo compartido) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que proveedor cobra por un servicio e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Si desea más información acerca de la “facturación de saldos” consulte la Sección *[edit section number as needed:]* 1.6 del Capítulo 4.
* Cuando usted recibe una factura de un proveedor de la red que, en su opinión, es por una cantidad mayor a la que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y solucionaremos el problema de facturación.
* Si usted ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que usted debía según el plan.

**3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan.**

En algunas ocasiones la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción puede haber pasado el año anterior.)

Si usted se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de nuestros servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitar que le devolvamos nuestra parte de los costos. Debe enviarnos la documentación para que nosotros nos ocupemos del reembolso.

* Llame a los Servicios para Miembros para obtener información adicional acerca de cómo solicitar que le devolvamos su dinero y de los plazos para presentar su solicitud. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual.)

**4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para obtener un medicamento recetado**

Si intenta utilizar su tarjeta de miembro en una farmacia fuera de la red para obtener un medicamento recetado, es posible que la farmacia no pueda enviar la solicitud de pago directamente a nuestro plan. Cuando esto suceda deberá pagar el costo total de la receta. (Cubrimos recetas que se despachan en farmacias que no pertenecen a la red sólo en algunas situaciones especiales. Si desea más información consulte la Sección 3.5 en el Capítulo 5.)

* Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.

**5. Cuando paga el costo total de una receta porque no lleva su tarjeta de miembro**

Si no lleva su tarjeta de miembro del plan, puede pedir a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. No obstante, si la farmacia no puede obtener inmediatamente la información necesaria de inscripción, es posible que deba pagar el costo total de la receta por su cuenta.

* Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.

**6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones**

Es posible que deba pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto por algún motivo en particular.

* Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*; o podría existir un requisito o restricción que usted desconocía o no creía que se aplicara a su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
* Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso del pago. En algunos casos, es posible que necesitemos que su médico nos proporcione más información para reembolsarle la parte del costo que nos corresponde.

*[Plans should insert additional circumstances under which they will accept a paper claim from an enrollee.]*

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) contiene información sobre la presentación de una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitar que le reembolsemos o paguemos una factura que ha recibido

*[Plans may edit this section to include a second address if they use different addresses for processing medical and drug claims.]*

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es recomendable que saque copias de la factura y los recibos para sus expedientes.

[*If the plan has developed a specific form for requesting payment, insert the following language:* Para asegurarse de proporcionar toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamo para realizar su solicitud de pago.

* No es necesario que use el formulario, pero el mismo será útil para que nuestro plan tramite la información con más rapidez.
* Descargue una copia del formulario de nuestro sitio ([*insert URL*]) o llame a los Servicios para Miembros y pida el formulario. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual.)]

*[Plans with different addresses for Part C and Part D claims may modify this paragraph as needed and include the additional address:]* Envíe su solicitud por correo junto con cualquier factura o recibo a la siguiente dirección:

[*insert address*]

*[If the plan allows enrollees to submit oral payment requests, insert the following language:*

También puede llamar a nuestro plan para solicitar el pago. Para obtener detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección bajo el título, *[plans may edit section title as necessary:]* Dónde enviar la solicitud de pago de la parte del costo que nos corresponde por la atención médica o un medicamento recibido.]

[*Insert if applicable:* **Debe presentar su reclamo dentro de los [*insert timeframe*]** **días** de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.]

Póngase en contacto con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). Si desconoce cuánto debe pagar, o recibe facturas y no sabe que hacer con ellas, podemos ayudarle. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y contestaremos si o no

Sección 3.1 Comprobaremos si debemos cubrir el servicio o medicamento y la cantidad adeudada

Cuando recibamos su solicitud de pago, le comunicaremos si necesitamos que nos envíe más información. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

* Si decidimos que el cuidado médico o medicamento está cubierto y usted cumplió con todas las normas para obtener el cuidado o medicamento, le pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso por nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, enviaremos el pago directamente por correo al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe cumplir para la obtención de cobertura de sus servicios médicos.) (El Capítulo 5 explica las normas que debe cumplir para la obtención de cobertura de sus medicamentos recetados de la Parte D.)
* Si decidimos que el cuidado médico o medicamento *no* está cubierto o que usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. En su lugar, le enviaremos una carta explicando las razones por las cuales no le enviamos el pago que usted solicitó y sus derechos a apelar dicha decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o una parte del cuidado médico o medicamento, usted puede presentar una apelación

Si piensa que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con la cantidad que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, esto significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Si desea obtener detalles sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*)*.* El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si nunca presentó una apelación, le resultará útil leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones, y proporciona definiciones de términos tales como “apelación”. Después de leer la Sección 4, puede consultar el Capítulo 9 que le informa los pasos a seguir en su situación:

* Si desea presentar una apelación acerca de un reembolso por un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9.
* Si desea presentar una apelación acerca de un reembolso por un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar los recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de los recibos para ayudarnos a llevar un registro de los gastos directos de su bolsillo por medicamentos

En algunas situaciones debe informarnos sobre los pagos que realizó por sus medicamentos. En estos casos, no nos solicita un pago. En lugar de eso, nos informa sobre sus pagos para que podamos calcular correctamente los gastos directos de su bolsillo. Esto puede ayudarle a ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica con más rapidez.

A continuación encontrará dos situaciones en las que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que realizó por sus medicamentos:

**1. Cuando compra un medicamento a un precio inferior a nuestro precio**

*[Plans with neither a coverage gap nor a deductible should delete this section.]*

En algunas ocasiones, cuando usted se encuentra en la [*insert if applicable:* Etapa de Deducible *OR* Período sin Cobertura *OR* Etapa de Deducible y Período sin Cobertura] puede comprar un medicamento **en una farmacia de la red** a un precio que es inferior a nuestro precio.

* Por ejemplo, una farmacia puede ofrecer el medicamento a un precio especial. O usted puede tener una tarjeta de descuento fuera de nuestro beneficio que ofrece un precio menor.
* Si no se aplican condiciones especiales, usted debe utilizar una farmacia de la red en estas situaciones y el medicamento debe estar incluido en nuestra Lista de medicamentos.
* Guarde el recibo y envíenos una copia, para que sus gastos de bolsillo sean tomados en cuenta al decidir su elegibilidad para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
* **Tenga en cuenta:** Si usted se encuentra en la [*insert if applicable:* Etapa de Deducible *OR* Período sin Cobertura *OR* Etapa de Deducible y Período sin Cobertura], nuestro plan [*insert as applicable:* no *OR* posiblemente no] pagará parte alguna del costo de estos medicamentos. Pero el envío de una copia de los recibos nos permitirá calcular correctamente los gastos directos de su bolsillo y puede ayudarlo a ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica con más rapidez.

**2. Cuando usted obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos**

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos fuera de los planes de beneficios. Si usted recibe medicamentos a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

* Guarde el recibo y envíenos una copia, para que sus gastos de bolsillo sean tomados en cuenta al decidir su elegibilidad para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
* **Tenga en cuenta:** Debido a que usted recibe su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos parte alguna del costo de dichos medicamentos. Pero el envío de una copia de los recibos nos permitirá calcular correctamente los gastos directos de su bolsillo y puede ayudarlo a ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica con más rapidez.

Debido a que usted no solicita un pago en los dos casos descritos anteriormente, estas decisiones no se consideran decisiones de cobertura. Por consiguiente, usted no puede presentar una apelación si está en desacuerdo con nuestra decisión.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 155

Sección 1.1 [Plans may edit the section heading and content to reflect the types of alternate format materials available to plan members. Plans may not edit references to language except as noted below.] Debemos proporcionar información en una forma que le resulte útil (en otros idiomas, además de inglés, en Braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.) 155

Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento 155

Sección 1.3 Debemos garantizar que reciba acceso oportuno a sus servicios o medicamentos cubiertos 156

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud 156

Sección 1.5 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 157

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado 159

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedir que reconsideremos decisiones que hayamos tomado 161

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si piensa que se le trata injustamente o que sus derechos no son respetados? 160

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos 162

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 163

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 163

[***Note***: *Plans may add to or revise this chapter as needed to reflect NCQA-required language.*]

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1 *[Plans may edit the section heading and content to reflect the types of alternate format materials available to plan members. Plans may not edit references to language except as noted below.]* Debemos proporcionar información en una forma que le resulte útil (en otros idiomas, además de español, en Braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

*[Plans must insert a translation of Section 1.1 in all languages that meet the language threshold.]*

Para obtener información en un formato que le resulte útil, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de traducción gratuitos para responder las preguntas de las personas que no hablan inglés. *[If applicable, plans may insert information about the availability of written materials in languages other than English.]* También podemos ofrecerle la información en Braille, en letra grande u otro formato alternativo si usted lo necesita. Si usted es elegible para tener Medicare por una discapacidad, estamos obligados a brindarle información accesible y adecuada acerca de los beneficios del plan.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan por razón de idioma o discapacidad, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y comuníqueles que desea presentar una queja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento

Nuestro plan debe cumplir las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por razón de raza, origen étnico, nacionalidad de origen, religión, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad, o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes acerca de discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina para los Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina para los Derechos Civiles local.

Si usted tiene una discapacidad y requiere asistencia para acceder al cuidado de salud, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). Si tiene una queja, por ejemplo un problema con acceso para silla de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudar.

Sección 1.3 Debemos garantizar que reciba acceso oportuno a sus servicios o medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene el derecho a elegir un [*insert as appropriate:* mmédico médico de cuidados primarios (PCP) *OR* proveedor] dentro de la red del plan para que le proporcione y coordine sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más al respecto). Llame a Servicios para Miembros para averiguar qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). *[Plans may edit this sentence to add other types of providers that members may see without a referral:]* También tiene el derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (por ejemplo, un ginecólogo) sin necesidad de ser referido. [*If applicable, replace previous sentence with:* No requerimos que usted obtenga un referido [*insert if applicable:* para consultar a proveedores de la red].]

Como miembro del plan, usted tiene el derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite dicho cuidado. Usted también tiene derecho a presentar o volver a presentar sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras.

Si piensa que no recibe su atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, la Sección 10 del Capítulo 9 de este manual le explica lo que puede hacer (Si rechazamos la cobertura de su atención médica o medicamentos y usted está en desacuerdo con nuestra decisión, la Sección 4 del Capítulo 9 le explica los que puede hacer).

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos e información personal de salud. Protegemos su información personal de salud como lo exigen estas leyes.

* Su “información personal de salud” incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan, sus expedientes médicos, y otra información médica y de salud.
* Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control del uso de su información de salud. Le entregamos un aviso por escrito conocido como “Aviso de Práctica Privada” que informa sobre estos derechos y explica como protegemos la privacidad de su información de salud.

**¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?**

* Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean o cambien sus registros.
* En la mayoría de las situaciones, si le brindamos su información de salud a alguien que no le esté proveyendo o pagando su cuidado de salud*, se nos requiere que primero obtengamos un permiso escrito suyo.* Los permisos escritos pueden ser otorgados por usted o por una persona a quien usted le haya otorgado poder legal para que tome decisiones por usted.
* Existen determinadas excepciones que no requieren que primero obtengamos un permiso escrito suyo. Estas excepciones son permitidas o requeridas por ley.
  + Por ejemplo, se nos requiere que demos a conocer información de salud a agencias del gobiernoes que verifican la calidad del cuidado de la salud.
  + Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a entregar su información de salud a Medicare, incluyendo la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará conforme a los estatutos y normas federales.

**Usted puede ver la información de sus expedientes y saber como ha sido compartida con otros.**

Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos guardados por el plan, y a obtener una copia de los mismos. Se nos permite cobrarle un cargo por sacar las copias. También tiene derecho a pedirnos que hagamos agregados o correcciones a sus expedientes médicos. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de cuidado de salud para decidir si deben hacerse los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo su información de salud ha sido compartida con otros para cualquier propósito no rutinario.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).  
  
*[****Note:*** *Plans may insert custom privacy practices.]*

Sección 1.5 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

*[Plans may edit the section to reflect the types of alternate format materials available to plan members and/or language primarily spoken in the plan service area.]*

Como miembro de *[insert 2013 plan name]*, usted tiene derecho a obtener distintos tipos de información de nuestra parte. (Según se explicara en la Sección 1.1, usted tiene derecho a obtener información de nosotros de una forma que sea adecuada para usted. Esto incluye obtener información en otros idiomas, además de español, en letra grande u otros formatos alternativos.)

Si usted desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual):

* **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros y la calificación de rendimiento del plan, incluyendo cómo ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
* **Información sobre los proveedores de la red, entre ellos las farmacias de la red** 
  + Por ejemplo, usted tiene derecho a recibir información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias en nuestra red y cómo le pagamos a los proveedores en nuestra red.
  + *[Plans that combine the provider and pharmacy directory may combine this bullet and the one below and edit the information as needed:]* Para obtener un listado de proveedores en la red del plan, consulte el [*insert name of provider directory*].
  + Para obtener una lista de farmacias en la red del plan, consulte el [*insert name of pharmacy directory*].
  + Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, usted puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual) o visite nuestro sitio web [*insert URL*].
* **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura**
  + En los capítulos 3 y 4 de este manual, le explicamos los servicios médicos que están cubiertos para usted, las restricciones a su cobertura y las normas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
  + Para obtener detalles sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de esta manual además de la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).Estos capítulos, junto con la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario), le informan sobre los medicamentos cubiertos y explican las normas que debe cumplir y las restricciones a su cobertura de ciertos medicamentos.
  + Si tiene alguna pregunta sobre las normas o restricciones, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).
* **Información sobre por qué no cubrimos algo y lo que puede hacer al respecto.**
  + Si no cubrimos un servicio médico o medicamento de la Parte D, o si su cobertura tiene alguna restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a recibir esta explicación aunque haya recibido el servicio médico o medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
  + Si usted está descontento o en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto, tiene derecho a pedirnos que cambiemos nuestra decisión. Puede pedir que cambiemos la decisión mediante una apelación. Para obtener detalles acerca de los que debe hacer si algo no está cubierto de la manera que usted cree que debería estar cubierto, consulte el Capítulo 9 de este manual. Este capítulo le ofrece los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también le indica cómo puede presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes.)
  + Si desea pedirle a nuestro plan que pague su parte de una factura que ha recibido por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este manual.

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado

**Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones acerca del cuidado de su salud**

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud cuando solicite cuidado médico. Sus proveedores deben explicarle su problema de salud y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender.*

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre el cuidado de su salud. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos acerca de cuál es el mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

* **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su enfermedad, sin importar el costo o si están o no cubiertas por nuestro plan. Esto también incluye recibir información sobre los programas ofrecidos por nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
* **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe acerca de cualquier riesgo que su cuidado de salud involucre. Debe ser informado por adelantado si cualquier cuidado o tratamiento médico propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
* **El derecho a decir que “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. Usted también tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar el medicamento, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le pase a su cuerpo como resultado.
* **Recibir una explicación si se rechaza la cobertura de su cuidado de salud.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de parte nuestra si un proveedor le niega el cuidado de salud que, en su opinión, usted debe recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este manual explica como pedirle al plan una decisión de cobertura.

**Usted tiene derecho a impartir instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por si mismo**

[***Note:*** *Plans that would like to provide members with state-specific information about advanced directives, including contact information for the appropriate state agency, may do so.*]

Algunas veces, las personas no pueden tomar decisiones acerca del cuidado de la salud por si mismas debido a accidentes o enfermedades serias. Usted tiene derecho a decir lo que usted desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, usted puede:

* Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si alguna vez no puede tomar decisiones por si mismo.
* **Dar a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que ellos manejen su cuidado médico en caso de que no pueda tomar decisiones por si mismo.

Los documentos legales que puede usar para establecer sus instrucciones antes de estas situaciones se conoce comon “**declaraciones de voluntad**”. Existen diferentes tipos de declaraciones de voluntad y diferentes nombres para las mismas. Los documentos llamados “**testamento vital**” y “**poder para el cuidado de la salud**” son ejemplos de declaraciones de voluntad.

Si desea utilizar una “declaración de voluntad” para impartir sus instrucciones, a continuación le indicamos lo que debe hacer:

* **Obtener el formulario.** Si desea obtener una declaración de voluntad, puede obtener este formulario de su abogado, de un trabajador social o en algunas tiendas de materiales de oficina. A veces, puede obtener un formulario de declaración de voluntad de organizaciones que informan acerca de Medicare. [*Insert if applicable:* También puede comunicarse con Servicios para Miembros y solicitar los formularios (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).]
* **Llenarlo y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, recuerde que es un documento legal. Debe considerar contratar a un abogado para que le ayude a completarlo.
* **Entregar una copia a las personas apropiadas.** Usted debería entregar una copia del formulario a su médico y a la persona designada en el mismo para tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. También sería conveniente que entregue copias a amigos cercanos o a familiares. Asegúrese de guardar una copia en su hogar.

Si ya sabe de antemano que será hospitalizado y ha firmado una declaración de voluntad, **lleve una copia consigo al hospital**.

* Si usted es internado, le preguntarán si ha firmado una declaración de voluntad y si la tiene con usted.
* Si no ha firmado una declaración de voluntad, el hospital dispone de formularios y le preguntarán si desea firmar uno.

**Recuerde que completar una declaración de voluntad es decisión suya** (incluso si desea firmar una mientras está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle cuidado o discriminar en su contra basado en si ha firmado o no una declaración de voluntad.

**¿Que sucede si no se siguen sus instrucciones?**

Si usted firmó una declaración de voluntad y cree que un médico u hospital no ha seguido sus instrucciones, usted puede presentar una queja ante [*insert appropriate state-specific agency (such as the State Department of Health)*]. *[Plans also have the option to include a separate exhibit to list the state-specific agency in all states, or in all states in which the plan is filed, and then should revise the previous sentence to make reference to that exhibit.*]

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedir que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

Si usted tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios cubiertos o cuidado de la salud, el Capítulo 9 de este manual le indica lo que debe hacer. Este capítulo le ofrece detalles sobre como tratar todo tipo de problemas y quejas.

Según se explica en el Capítulo 9, lo que usted debe hacer para darle seguimiento a un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura para usted, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo de una manera justa**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de la información acerca de las apelaciones o quejas que otros miembros hayan presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si piensa que se le trata injustamente o que sus derechos no son respetados?

**Si se trata de discriminación, llame a la Oficina para los Derechos Civiles**

Si cree que fue tratado injustamente o que sus derechos no fueron respetados por razón de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad de origen, debe llamar a la **Oficina para los Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llamar a su Oficina para los Derechos Civiles local.

**¿Se trata de otra cosa?**

Si cree que fue tratado injustamente o que sus derechos no fueron respetados, *y no* se trata de discriminación, puede recibir ayuda para su problema:

* Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual.)
* Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con la misma, consulte la Sección 3 en el Capítulo 2.
* O **puede** **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Existen varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

* Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual.)
* Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con la misma, consulte la Sección 3 en el Capítulo 2.
* Puede comunicarse con **Medicare.**
  + Puede visitar el sitio web de Medicare o descargar la publicación “Your Medicare Rights and Protections”. (La publicación se encuentra disponible en: http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10112.pdf.)
  + O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación encontrará lo que usted debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). Estamos aquí para ayudarle.

## *Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos. Utilice este manual de Evidencia de Cobertura para saber lo que está cubierto y las normas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.*

* + Los Capítulos 3 y 4 le brindan detalles acerca de sus servicios médicos, incluyendo lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que debe seguir lo que usted paga.
  + Los Capítulos 5 y 6 le brindan detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.

## *Si tiene otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos al respecto. Llame a Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).*

* + Estamos obligados a seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurar que usted utiliza toda su cobertura en combinación cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. Esto se conoce como “coordinación de beneficios” porque involucra la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que usted obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos que esté disponible para usted. Le brindaremos ayuda al respecto. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios consulte la Sección 7 en el Capítulo 1.)

## *Informe a su médico y a otros proveedores de cuidado de la salud que usted está inscripto en nuestro plan. Muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.*

## *Ayude a sus médicos y demás proveedores a ayudarlo brindándoles información, haciendo preguntas y dándole continuidad a su cuidado de la salud.*

* + Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de salud le brinden el mejor cuidado de la salud, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas médicos y bríndeles la información necesaria sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y su médico acordaron.
  + Asegúrese de informar a sus médicos sobre todos los medicamentos que tome, incluyendo suplementos, vitaminas y medicamentos de venta libre.
  + Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar. Se supone que sus médicos y demás proveedores de cuidado de la salud le expliquen de manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que le ofrecen, pregunte nuevamente.

## *Sea considerado. Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que se comporte de manera que ayude al funcionamiento sin inconvenientes del consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas.*

## *Pague lo que debe. Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:*

* + [*Insert if applicable:* Debe pagar las primas de su plan para continuar siendo miembro de nuestro plan.]
  + Para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener las Partes A y B de Medicare. Por consiguiente, algunos miembros del plan deben pagar una prima por la parte A de Medicare y la mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima por la parte B de Medicare para permanecer como miembros del plan.
  + Para recibir la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o medicamento. Esta parte será un [*insert as appropriate:* copago (una cantidad fija) *OR* coseguro (un porcentaje del costo total) *OR* copago (una cantidad fija) o coseguro (un porcentaje del costo total)]. El Capítulo 4 le indica lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le indica lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
  + Si recibe servicios médicos o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan u otro seguro que usted tenga, usted debe pagar el costo total.
    - Si usted está en desacuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este manual para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
  + Si usted debe pagar una multa por inscripción tardía, deberá pagar la multa para permanecer como miembro del plan.
  + Si usted debe pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a su ingreso anual, deberá pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para permanecer como miembro del plan.

## *Notifíquenos si se muda. Si piensa mudarse, es importante que nos informe inmediatamente. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual.)*

* **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, usted** *[if a continuation area is offered, insert “por lo general” here and then explain the continuation area]* **no puede permanecer como miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 explica sobre nuestra área de servicio.) Podemos ayudarle a determinar si se está mudando fuera del área de servicio de nuestro plan. Si se muda fuera de nuestra área de servicio, tendrá un Período especial de inscripción para inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si contamos con un plan en su nueva área.
* **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, también debemos saberlo** para poder mantener nuestro registro de miembros al día y saber cómo comunicarnos con usted.

## *Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene alguna duda o inquietud. También aceptamos cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.*

* + Los números de teléfono y horario de llamadas de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual.
  + Para más información sobre cómo puede comunicarse con nosotros, incluyendo nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o queja   
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1 Introducción 169

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud 169

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales? 169

SECCIÓN 2 Usted puede recibir ayuda de organizaciones del gobiernoes que no tienen relación con nosotros 170

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 170

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para manejar su problema? 171

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas? 171

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía para los principios básicos de las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones 172

Sección 4.1 Pedido de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: visión general 172

Sección 4.2 Cómo recibir ayuda al solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 173

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo le ofrece los detalles para su situación? 174

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación 174

Sección 5.1 Esta sección le indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención 174

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea) 176

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan) 179

Sección 5.4 Paso a paso: Como presentar una apelación de Nivel 2 182

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos pide que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica? 184

SECTION 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación 186

Sección 6.1 Esta sección le indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le demos un reembolso por un medicamento de la Parte D 186

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 188

Sección 6.3 Información importante que debe conocer acerca de la solicitud de excepciones

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción 190

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 194

Sección 6.6 Paso a paso: Como presentar una apelación de Nivel 2 196

SECCIÓN 7 Cómo solicitar una cobertura de estadía más larga en el hospital si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto 199

Sección 7.1 Durante su estadía en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare informándole sobre sus derechos 199

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria 200

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria 203

Sección 7.4 ¿Qué sucede si deja pasar la fecha límite para presentar una apelación de Nivel 1? 205

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que continúe cubriendo determinados servicios médicos si cree que la cobertura está por terminar demasiado pronto 208

Sección 8.1 *Esta sección es sobre tres servicios únicamente:* servicios de cuidado de la salud en el hogar, del centro de enfermería especializada o del centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) 208

Sección 8.2 Le informaremos por adelantado la fecha de finalización de su cobertura 208

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo 209

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo 212

Sección 8.5 ¿Qué sucede si deja pasar la fecha límite para presentar una apelación de Nivel 1? 213

SECCIÓN 9 Presentación de su apelación desde el Nivel 3 en adelante 216

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos 216

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para medicamentos de la Parte D 217

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 219

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas son tratados por el proceso de presentación de quejas? 219

Sección 10.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "presentar una queja formal" 221

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja 222

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de Calidad 223

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja 223

*[Plans should ensure that the text or section heading immediately preceding each “Legal Terms” box is kept on the same page as the box.]*

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos formales para manejar problemas e inquietudes:

* Para algunos tipos de problemas, usted debe utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y presentación de apelaciones**.
* Para otros tipos de problemas usted debe utilizar el **proceso para la presentación de quejas.**

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para asegurar la imparcialidad y el procesamiento rápido de sus problemas, cada proceso tiene un grupo de normas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál debe utilizar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Los términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite se explican en este capítulo. Muchas personas desconocen estos términos y pueden tener dificultades para comprenderlos.

Para simplificar el tema, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales mediante palabras más simples en lugar de determinados términos legales. Por ejemplo, este capítulo dice “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” y “Organización independiente examinadora” en lugar de “Entidad independiente examinadora”. También evita el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede resultar conveniente, y a veces bastante importante, que usted conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con más claridad y precisión al manejar su problema y obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarle a conocer los términos que debe utilizar, incluimos términos legales cuando brindamos los detalles para el manejo de tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede recibir ayuda de organizaciones del gobiernoes que no tienen relación con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

A veces puede resultar confuso comenzar o continuar el proceso para manejar un problema. Esto es especialmente cierto si no se siente bien o tiene poca energía. En otras ocasiones, es posible que usted no tenga los conocimientos necesarios para tomar el próximo paso.

**Obtenga ayuda de una organización del gobierno independiente**

Siempre estamos dispuestos a ayudarle. Pero en algunas situaciones, es posible que usted desee ayuda o asesoramiento de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede comunicarse con el **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP).** Este programa del gobierno cuenta con asesores capacitados en cada estado. El programa no tiene relación con nosotros, una compañía de seguros o un plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe utilizar para manejar un problema que usted tenga. También pueden contestar sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle asesoramiento acerca de lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del programa SHIP son gratuitos. *[Plans providing SHIP contact information in an exhibit may revise the following sentence to direct members to it:]* Usted encontrará sus números de teléfono en la Sección 3 del Capítulo 2 de este manual.

También puede recibir ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda en el manejo de un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, le presentamos dos formas de obtener información directa de Medicare:

* Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
* Usted puede visitar el sitio web de Medicare (http://www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para manejar su problema?

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?

Si tiene algún problema o inquietud, únicamente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La guía siguiente lo ayudará.

| Para determinar qué parte de este capítulo lo ayudará con su inquietud o problema específico, **COMIENCE AQUÍ** | |
| --- | --- |
| **¿Tiene un problema o inquietud sobre sus beneficios o cobertura?**  (Esto incluye problemas relacionados con si determinados servicios médicos o medicamentos recetados están cubiertos o no, la manera en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de servicios médicos o medicamentos recetados.) | | |
| **Sí.** Tengo un problema sobre beneficios o cobertura.  Vaya a la **Sección 4** de este capítulo, **“Una guía para los principios básicos de las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones”.** | **No.** No tengo un problema sobre beneficios o cobertura.  Pase a la **Sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”.** | |

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía para los principios básicos de las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones

Sección 4.1 Pedido de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: visión general

El proceso para las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones aborda problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, entre ellos problemas relacionados con pagos. Éste es el proceso que usted utiliza para asuntos tales como determinar si algo está cubierto y la manera en que está cubierto.

**Pedido de decisiones de cobertura**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión (favorable) de cobertura para usted cuando recibe atención médica de su parte o si su médico de red lo refiere a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedir una decisión de cobertura si su médico no está seguro acerca de si cubriremos un servicio médico específico o si se niega a proporcionar atención médica que usted cree necesaria. Es decir que si usted desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos qué está cubierto y cuánto paga. En algunos casos decidimos que un servicio o medicamento no está cubierto o que dejó de estar cubierto por Medicare para usted. Si usted está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

**Presentación de una apelación**

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no se siente satisfecho con la misma, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y el cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando usted presenta una apelación, nosotros revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar si seguimos todas las normas adecuadamente. Su apelación es tratada por un grupo de revisores distinto al que tomó la decisión desfavorable en un principio. Después de completar la revisión, le informaremos nuestra decisión.

Si rechazamos parcial o totalmente su apelación de Nivel 1, usted puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es realizada por una organización independiente sin relación con nuestro plan. (En algunas situaciones, su caso será enviado automáticamente a una organización independiente para una apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo notificaremos. En otros casos, usted deberá solicitar una apelación de Nivel 2.) Si usted no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, posiblemente pueda continuar a través de varios niveles más de apelaciones.

Sección 4.2 Cómo recibir ayuda al solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Desea recibir ayuda? A continuación le indicamos algunos recursos que posiblemente desee utilizar para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

* Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).
* Para **obtener asistencia gratuita de una organización independiente** que no tiene relación con nuestro plan, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
* **Su médico u otro proveedor puede presentar una solicitud por usted.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Para solicitar una apelación después del Nivel 1, su médico u otro proveedor deberá ser designado como su representante.
* **Puede solicitar que alguien actúe en representación suya.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  + Es posible que exista alguna persona legalmente autorizada a actuar como su representante bajo la ley estatal.
  + Si desea que un amigo, un pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual) y solicite el formulario para “Designación de representante”. (Este formulario también se encuentra disponible en el sitio web de Medicare http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf [*plans may also insert:* o en nuestro sitio web [*insert Web site or link to form*]].) El formulario autoriza a dicha persona a actuar en representación suya. Deberá ser firmado por usted y por la persona que usted designe para actuar en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
* **También tiene el derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio local de abogados u otro servicio de referencia. También existen grupos que le ofrecerán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Aún así, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo le ofrece los detalles para su situación?

Existen cuatro tipos de situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Debido a que cada situación tiene distintas normas y fechas límites, le brindamos detalles de cada una en una sección separada:

* La **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación”
* La **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación”
* La **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitar una cobertura de estadía más larga en el hospital si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto”
* La **Sección 8** de este capítulo: “Cómo pedirle a nuestro plan que continúe cubriendo determinados servicios médicos si cree que la cobertura está por terminar demasiado pronto” (*Se aplica sólo a los siguientes servicios:* servicios de cuidado de la salud en el hogar, del centro de enfermería especializada o del centro de rehabilitación integral ambulatoria(CORF)

Si no está seguro acerca de qué sección utilizar, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). También puede recibir asistencia o información de organizaciones del gobiernoes tales como su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (los números de teléfono de este programa se encuentran en la Sección 3 del Capítulo 2 de este manual).

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

|  |  |
| --- | --- |
| **?** | ¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para los principios básicos de las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones*)?  Si no lo ha hecho, debería leerla antes de comenzar con esta sección. |

Sección 5.1 Esta sección le indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Esta sección es sobre sus beneficios para atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. Para simplificar el tema, por lo general haremos referencia a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención médica o tratamiento o servicios” en cada ocasión.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en una de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo determinada atención médica que usted desea, y cree que nuestro plan cubre esta atención.

2. Nuestro plan no autoriza la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle, y usted cree que el plan cubre esta atención.

3. Usted ha recibido atención o servicios médicos que usted cree que el plan debería cubrir, pero nosotros le hemos informado que no pagaremos por dicha atención.

4. Usted ha recibido y pagado por atención o servicios médicos que usted cree que el plan debería cubrir, y desea solicitar un reembolso a nuestro plan por dicha atención.

5. Se le informa que se reducirá o terminará la cobertura de determinada atención médica que ha estado recibiendo y que autorizamos anteriormente, y cree que la reducción o finalización de esta atención podría perjudicar su salud.

* NOTA: **Si la cobertura que finalizará es por servicios de atención hospitalaria, de cuidado de la salud en el hogar, del centro de enfermería especializada o del centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF)**, usted debe leer otra sección de este capítulo porque algunas normas especiales se aplican a estos tipos de atención. En dichas situaciones, debe leer lo siguiente:
* Capítulo 9, Sección 7: *Cómo solicitar una cobertura de estadía más larga en el hospital si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
* Capítulo 9, Sección 8: *Cómo pedirle a nuestro plan que continúe cubriendo determinados servicios médicos si cree que la cobertura está por terminar demasiado pronto.* Esta sección es sobre tres servicios únicamente: servicios de cuidado de la salud en el hogar, del centro de enfermería especializada o del centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).
* Para *todas las demás* situaciones que involucran la finalización de la atención médica que está recibiendo, utilice esta sección (Sección 5) como guía para lo que debe hacer.

| **¿En cuál de estas situaciones se encuentra?** | |
| --- | --- |
| **Si está en esta situación:** | **Esto es lo que puede hacer:** | |
| ¿Quiere saber si nuestro plan cubrirá atención o servicios médicos que usted desea? | Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.  Pase a la próxima sección de este capítulo, **Sección 5.2**. | |
| ¿Nuestro plan ya le ha informado que no cubriremos o pagaremos por un servicio médico como usted desea que sea cubierto o pagado? | Puede presentar una **apelación.** (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión.)  Pase a la **Sección 5.3** de este capítulo. | |
| ¿Desea pedirle un reembolso a nuestro plan por atención o servicios médicos que ya recibió y pagó? | Puede enviarnos la factura.  Pase a la **Sección 5.5** de este capítulo. | |

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura  
(cómo pedirle a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea)

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se conoce como **“determinación de la organización”.** |

Paso 1: Usted le pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que solicita. Si su salud requiere una pronta respuesta, debe pedirnos una “decisión rápida de cobertura”.

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | Una “decisión rápida de cobertura” se conoce como una **“decisión expeditiva”.** |

Cómo solicitar cobertura de la atención médica que usted desea

* Para empezar, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que proporcionemos cobertura de la atención médica que usted desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.
* Para obtener detalles acerca de como comunicarse con nuestro plan, vaya a la Sección 1 en el Capítulo 2 y busque la sección titulada, *[plans may edit section title as necessary]* *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura acerca de su atención médica*.

Por lo general, utilizamos los plazos estándar para informarle sobre nuestra decisión.

Cuando le informemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos estándar a menos que hayamos acordado utilizar los plazos “rápidos”. **Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días** después de recibir su solicitud.

* **No obstante, podríamos tomar hasta 14 días calendario adicionales**, si usted pide más tiempo o si necesitamos información (por ejemplo, registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos usar días adicionales para tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.
* Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de tomar más tiempo. Cuando usted presenta una queja rápida, responderemos a su queja dentro de las 24 horas. (El proceso para presentar una queja es distinto al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

Si su salud lo requiere, solicite que le demos una “decisión rápida de cobertura”

* **Una decisión rápida de cobertura significa que le responderemos dentro de las 72 horas.** 
  + **No obstante, podemos tomar hasta 14 días adicionales**, si descubrimos que falta información que podría beneficiarle (por ejemplo, registros médicos de proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para proporcionarnos información para la revisión. Si decidimos usar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
  + Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de tomar más tiempo. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.) Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
* **Para obtener una decisión rápida de cobertura, usted debe cumplir con dos requisitos:**
  + Puede obtener una decisión rápida de cobertura *sólo* si solicita cobertura de atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya ha recibido.)
  + Puede obtener una decisión rápida de cobertura *sólo* si el uso de los plazos estándar puede *causar daños graves a su salud o perjudicar su habilidad para funcionar*.
* **Si su médico nos informa que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, automáticamente aceptaremos darle una respuesta rápida.**
* Si usted solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una respuesta rápida.
  + Si decidimos que su problema de salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta al respecto (y en su lugar utilizaremos los plazos estándar).
  + La carta le indicará que si su médico solicita una decisión rápida de cobertura, lo haremos automáticamente.
  + La carta también le indicará que puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que usted solicitó. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

Paso 2: Nuestro plan considera su solicitud de cobertura de atención médica y le da una respuesta

Plazos para una decisión **“rápida”** de cobertura

* Por lo general, en el caso de una decisión rápida de cobertura, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas**.
  + Como se explicara anteriormente, podemos tomar hasta 14 días calendario bajo determinadas circunstancias. Si decidimos usar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito.
  + Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de tomar más tiempo. Cuando usted presenta una queja rápida, responderemos a su queja dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
  + Si no le damos nuestra respuesta dentro de las 72 horas (o si se extiende el tiempo al finalizar dicho plazo), usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 a continuación le indica como presentar una apelación.
* **Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica acordada dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud. Si extendemos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, proporcionaremos la cobertura al finalizar el tiempo extendido.
* **Si nuestra respuesta es no en todo o en parte a su solicitud**, le enviaremos una explicación detallada por escrito sobre nuestras razones para hacerlo.

Plazos para una decisión **“estándar”** de cobertura

* Por lo general, en el caso de una decisión estándar de cobertura, le daremos una respuesta **dentro de los 14 días de recibir su solicitud.**
  + Podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales (“un período extendido”) bajo determinadas circunstancias. Si decidimos usar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito.
  + Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de tomar más tiempo. Cuando usted presenta una queja rápida, responderemos a su queja dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
  + Si no le damos nuestra respuesta dentro de los 14 días (o si se extiende el tiempo al finalizar dicho plazo), usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 a continuación le indica como presentar una apelación.
* **Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada dentro de los 14 días después de recibir su solicitud. Si extendemos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, proporcionaremos la cobertura al finalizar el tiempo extendido.
* **Si nuestra respuesta es no en todo o en parte a su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito sobre nuestras razones para hacerlo.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

* Si decimos que no, usted tiene derecho a solicitar que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento de obtener la cobertura de atención médica que usted desea.
* Si decide presentar una apelación, esto significa que usted pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1  
(cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se conoce como **“reconsideración”** del plan. |

Paso 1: Usted se comunica con nuestro plan y presenta su apelación. Si su salud requiere una pronta respuesta, debe pedirnos una “apelación rápida”.

Qué debe hacer

* **Para comenzar una apelación usted, su médico o su representante debe comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, vaya a la Sección 1 en el Capítulo 2 y busque la sección titulada, *[plans may edit section title as necessary] Cómo comunicarse con nosotros para realizar una apelación relacionada con su atención médica.*
* **Si hace una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito mediante una solicitud firmada.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* También puede solicitar una apelación llamando al número de teléfono que figura en la Sección 1 del capítulo 2 *[plan may edit section title as needed:]* (*Cómo comunicarse con nosotros para realizar una apelación relacionada con su atención médica*).]
  + Si una persona que no es su médico apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir un formulario de Designación de representante autorizando a dicha persona a representarlo. (Para obtener el formulario llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual) y solicite el formulario para “Designación de Representante”. Este formulario también se encuentra disponible en el sitio web de Medicare <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> [*plans may also insert:* o en nuestro sitio web [*insert Web site or link to form*]].) Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días posteriores a recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), enviaremos su solicitud de apelación a una “Organización independiente examinadora” para su denegación.
* **Si usted solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2*[plan may edit section title as needed:]* (*Cómo comunicarse con nosotros para realizar una apelación relacionada con su atención médica*).
* **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de 60 días calendario** desde la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para notificarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si usted deja pasar esta fecha límite y tiene una razón válida para hacerlo, podríamos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de causas válidas para dejar pasar la fecha límite incluyen una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
* **Usted puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica y añadir información para respaldar su apelación.**
  + Usted tiene el derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. [*If a fee is charged, insert:* Se nos permite el cobro de un arancel por la copia y el envío de esta información.]
  + Si lo desea, usted y su médico pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede llamarnos para presentar su solicitud)

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | Una “apelación rápida” se conoce como una **“apelación expeditiva”.** |

* Si usted apela una decisión sobre cobertura de atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
* Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son iguales a los de una “decisión rápida de cobertura”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones aparecen anteriormente en esta sección.)
* Si su médico nos informa que su salud requiere una “apelación rápida”, le brindaremos una apelación rápida.

Paso 2: Nuestro plan considera su apelación y le da una respuesta.

* Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos cuidadosamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura de atención médica. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
* Reuniremos más información si es necesario. Podríamos ponernos en contacto con usted o su médico para obtener más información.

Plazos para una **apelación** **“rápida”**

* Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.** Le daremos nuestra respuesta más pronto si su salud así lo requiere.
  + No obstante, si usted solicita más tiempo, o si debemos reunir más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales**.Si decidimos usar días adicionales para tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.
  + Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al finalizar el tiempo extendido si tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
* **Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
* **Si nuestra respuesta es no en todo o en parte a su solicitud**, le enviaremos un aviso de denegación por escrito informándole que enviamos automáticamente su apelación a la Organización independiente examinadora para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una **apelación** **“estándar”**

* Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 30 días calendario** después de recibir su apelación si la misma es sobre cobertura de servicios que aún no ha recibido. Le daremos nuestra respuesta más pronto si su estado de salud así lo requiere.
  + No obstante, si usted solicita más tiempo, o si debemos reunir más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales**.
  + Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de tomar más tiempo. Cuando usted presenta una queja rápida, responderemos a su queja dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
  + Si no le damos una respuesta dentro del plazo mencionado anteriormente (o al finalizar el tiempo extendido si tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización examinadora y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
* **Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada dentro de los 30 días después de recibir su apelación.
* **Si nuestra respuesta es no en todo o en parte a su solicitud**, le enviaremos un aviso de denegación por escrito informándole que enviamos automáticamente su apelación a la Organización independiente examinadora para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza su apelación en todo o en parte, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

* Para garantizar que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización independiente examinadora”.** Cuando lo hacemos, esto significa que su apelación pasa al próximo nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Como presentar una apelación de Nivel 2

Si nuestro plan rechaza su apelación de Nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización independiente examinadora** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | El nombre formal para la “Organización independiente examinadora” es **“Entidad independiente examinadora”**. En algunos casos se conoce como **“IRE”** (por sus siglas en inglés). |

Paso 1: La Organización independiente examinadora revisa su apelación.

* **La Organización independiente examinadora es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que Medicare ha seleccionado para encargarse de la tarea de ser la Organización independiente examinadora. Medicare supervisa su trabajo.
* Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.** [*If a fee is charged, insert:* Se nos permite el cobro de un arancel por la copia y el envío de esta información.]
* Usted tiene derecho a entregarle a la Organización independiente examinadora más información para respaldar su apelación.
* Los revisores de la Organización independiente examinadora examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si usted tuvo una apelación “rápida” en el Nivel 1, también tendrá una **apelación “rápida”** en el Nivel 2.

* Si usted tuvo una apelación rápida ante nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización examinadora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su apelación.
* No obstante, si la Organización independiente examinadora necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**.

Si usted tuvo una apelación “estándar” en el Nivel 1, también tendrá una **apelación “estándar”** en el Nivel 2.

* Si usted tuvo una apelación estándar ante nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2. La organización examinadora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 30 días calendario** después de recibir su apelación.
* No obstante, si la Organización independiente examinadora necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**.

Paso 2: La Organización independiente examinadora le da su respuesta.

La Organización independiente examinadora le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones de la misma.

* **Si la organización examinadora responde que sí en todo o en parte a su solicitud**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o proporcionar el servicio dentro de 14 días calendario después de recibir la decisión de dicha organización.
* **Si esta organización responde que no en todo o en parte a su apelación**, esto significa que están de acuerdo con nosotros acerca de que su solicitud (o parte de la misma) de cobertura de atención médica no debe ser autorizada. (Esto se conoce como “confirmar la decisión”. También se conoce como “denegar su apelación”.)
  + La notificación por escrito que usted reciba de la Organización independiente examinadora le informará el valor monetario que usted debe reclamar para continuar el proceso de apelaciones. Por ejemplo, para continuar y presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor monetario de la cobertura de atención médica que usted solicita debe cumplir con una cierta cantidad mínima. Si el valor monetario de la cobertura que usted solicita es demasiado bajo, usted no puede presentar otra apelación, lo cual significa que la decisión en el Nivel 2 es final.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con su apelación.

* Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación).
* Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y usted reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo aparecen en la notificación por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
* Su apelación de Nivel 3 es tratada por un juez de derecho administrativo. La Sección 9 de este capítulo le ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos pide que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica?

Si usted desea solicitarnos el pago de atención médica, primero lea el Capítulo 7 de este manual: Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que posiblemente usted deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También le informa la manera de enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

**Pedir un reembolso es pedir que tomemos una decisión de cobertura**

Si usted nos envía la documentación solicitando un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*). También verificaremos si usted cumplió con todas las normas para la utilización de su cobertura de atención médica (estas normas aparecen en el Capítulo 3 de este manual: *Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

**Responderemos sí o no a su solicitud**

* Si la atención médica que usted pagó esta cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago por nuestra parte del costo de su atención médica dentro de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no pagó por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. (Cuando enviamos el pago, esto equivale a responder *sí* a su solicitud de una decisión de cobertura.)
* Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* cumplió con todas las normas, no el enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta informándole que no pagaremos por los servicios y detallando las razones de esto. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, esto equivale a responder *no* a su solicitud de una decisión de cobertura.)

**¿Qué sucede si usted solicita un pago y le informamos que no pagaremos?**

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, esto significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

**Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la parte 5.3 de esta sección**. Consulte las instrucciones paso a paso en esta parte. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

* Si presenta una apelación para recibir un reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si solicita a nuestro plan que le devuelva dinero por atención médica que ya ha recibido y pagado, usted no puede solicitar una apelación rápida.)
* Si la Organización independiente examinadora revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

|  |  |
| --- | --- |
| **?** | ¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para los principios básicos de las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones*)?  Si no lo ha hecho, debería leerla antes de comenzar con esta sección. |

Sección 6.1 Esta sección le indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le demos un reembolso por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura de muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para recibir cobertura, un medicamento debe ser utilizado bajo indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o respaldado por determinados libros de referencia. Consulte la Sección 5 del Capítulo 4 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada.

* **Esta sección sólo trata sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente utilizamos el término “medicamento” en el resto de la sección, en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” cada vez que aparece.
* Para obtener detalles sobre el significado de medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las normas y restricciones de la cobertura, e información sobre los costos, consulte el Capítulo 5 (*Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D*).

**Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D**

Tal como se analizó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | Una decisión de cobertura inicial acerca de sus medicamentos de la Parte D se conoce como **“determinación de cobertura”.** |

A continuación encontrará ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitarnos con relación a sus medicamentos de la Parte D:

* Nos solicita que hagamos una excepción, incluyendo:
  + La solicitud de cobertura de un medicamento de la Parte D que no está incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*
  + La solicitud de eximición de una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (tales como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener)
  + [*Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this bullet]*La solicitud de pago de una cantidad menor de costo compartido por un medicamento cubierto no preferido
* Nos consulta si tiene cobertura de un medicamento y si cumple con todas las normas de cobertura correspondientes. (Por ejemplo, cuando su medicamento figura en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan pero requerimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.)
  + *Tenga en cuenta:* Si la farmacia le informa que no puede despachar su receta tal como está escrita, usted recibirá un aviso por escrito que le explica cómo comunicarse cono nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
* Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Ésta es una solicitud de decisión de cobertura sobre un pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, usted puede apelar nuestra decisión.

Ésta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice la tabla siguiente como ayuda para determinar qué parte contiene información para su situación:

| **¿En cuál de estas situaciones se encuentra?** | | |
| --- | --- | --- |
| ¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?  Nos puede solicitar que hagamos una excepción.  (Este es un tipo de decisión de cobertura.)  Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo. | ¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y considera que cumple con todas las normas o restricciones del plan (como obtener aprobación por anticipado) para el medicamento que necesita?  Nos puede solicitar una decisión de cobertura.  Pase a la **Sección 6.4** de este capítulo. | ¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya recibió y pagó?  Nos puede solicitar un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura.)  Pase a la **Sección 6.4** de este capítulo. | | ¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma en que usted lo desea?  Puede presentar una apelación.  Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión.  Pase a la **Sección 6.5** de este capítulo. |

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la manera que usted desearía que fuera cubierto, puede solicitar que el plan haga una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que en otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de realizar una excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicite una receta, su médico u otro prescriptor deberán explicar las razones médicas por las cuales usted necesita la aprobación de la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. A continuación, presentamos [*insert as applicable:* dos *OR* tres] ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro prescriptor pueden solicitarnos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.**(Para abreviar la denominamos “Lista de medicamentos”.)

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | La solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en la lista de medicamentos en ocasiones se conoce como solicitud de **“excepción al Formulario”.** |

* Si aceptamos realizar una excepción y cubrimos un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar la cantidad de costo compartido correspondiente a [*insert as appropriate:* todos nuestros medicamentos OR los medicamentos en *[insert exceptions tier] OR los* medicamentos en *[insert exceptions tier]* en el caso de medicamentos de marca o *[insert exceptions tier]* en el caso de medicamentos genéricos]*.* No puede solicitar una excepción a la cantidad de copago o coseguro que usted debe pagar por el medicamento.

1. Anulación de una restricción en nuestra cobertura de un medicamento cubierto. Existen normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos incluidos en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (si desea más información, consulte la Sección 5 del Capítulo 5).

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | La solicitud de anulación de una restricción en la cobertura de un medicamento en ocasiones se conoce como solicitud de **“excepción al Formulario”.** |

* Las normas y restricciones adicionales en la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
  + *[Omit if plan does not use generic substitution] El requisito de usar la versión genérica* de un medicamento en lugar de un medicamento de marca.
  + *[Omit if plan does not use prior authorization] La obtención de aprobación por anticipado del plan* antes de que aceptemos cubrir su medicamento. (Esto a veces se conoce como “autorización previa”.)
  + *[Omit if plan does not use step therapy] El requisito de probar un medicamento diferente* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (Esto a veces se conoce como “tratamiento escalonado”.)
  + *[Omit if plan does not use quantity limits] Límites de cantidad*. En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones a la cantidad de medicamento que puede obtener.
* Si aceptamos realizar una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede solicitar una excepción en la cantidad de copago o coseguro que debe pagar por el medicamento.

**3.** [*Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this section]* **Cambio de cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido menor.** Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos está en uno de los [*insert number of tiers*] niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el número del nivel de costo compartido, menos deberá pagar como su parte del costo del medicamento.

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | La solicitud de pago de un precio preferido menor por un medicamento cubierto no preferido en ocasiones se conoce como solicitud de una **“excepción de nivel”.** |

* Si su medicamento se encuentra en el nivel [*insert name of non-preferred/highest tier subject to the tiering exceptions process*]usted puede solicitarnos que lo cubramos a la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos en el nivel [*insert name of preferred/lowest tier subject to the tiering exceptions process]*. Esto reduciría la parte del costo que le corresponde por el medicamento.
* *[Plans with more than one tier subject to the tiering exceptions process may repeat the bullet above for each tier.]*
* [*If the plan designated one of its tiers as a “high-cost/unique drug tier” and is exempting that tier from the exceptions process, include the following language:* No puede solicitarnos un cambio en el nivel de costo compartido de ningún medicamento en el nivel [*insert tier number and name of tier designated as the high-cost/unique drug tier*].]

Sección 6.3 Información importante que debe conocer acerca de la solicitud de excepciones

**Su médico debe informarnos las razones médicas**

Su médico u otro prescriptor deben proporcionarnos una justificación que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que la decisión sea más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro prescriptor cuando solicite la excepción.

En general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una enfermedad específica. Estas diferentes opciones se conocen como medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo resultara tan eficaz como el medicamento que usted solicita y no causa más efectos secundarios u otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de excepción.

**Podemos aceptar o rechazar su solicitud**

* Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente tiene validez hasta la finalización del año del plan. Esto se cumple siempre y cuando el médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento continúe resultando seguro y eficaz para el tratamiento de su enfermedad.
* Si rechazamos su solicitud de excepción, usted puede solicitar una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. La Sección 6.5 le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

En la siguiente sección se indica como solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción

Paso 1: Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura acerca de los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere una pronta respuesta, debe pedirnos una “decisión rápida de cobertura”. No puede solicitar una decisión rápida si nos pide el reembolso del pago de un medicamento que ya compró.

Qué debe hacer

* **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su representante (u otro prescriptor) pueden hacerlo. Para obtener detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección bajo el título, *[plans may edit section title as necessary:]* Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura acerca de los medicamentos recetados de la Parte D. O si nos pide un reembolso por un medicamento, consulte la sección bajo el título, *[plans may edit section title as necessary:]* *Dónde enviar la solicitud de pago de la parte del costo que nos corresponde por la atención médica o un medicamento recibido.*
* **Usted, su médico o alguien que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo le informa cómo puede dar una autorización por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre.
* **Si usted desea solicitarnos el reembolso del pago de un medicamento**, primero lea el Capítulo 7 de este manual: *Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos.* El capítulo 7 describe las situaciones en las que puede ser necesario solicitar un reembolso. Además, indica como enviarnos la documentación donde se nos solicita el reembolso de la parte del costo que nos corresponde de un medicamento que usted haya pagado.
* **Si solicita una excepción, presente la “justificación del médico”.** Su médico u otro prescriptor deben proporcionar las razones médicas de la excepción de medicamento que usted solicita. (Esto se conoce como la “justificación del médico”.) Su médico u otro prescriptor pueden enviarnos la justificación por fax o correo. O bien, su médico u otro prescriptor pueden informarnos vía telefónica y posteriormente enviarnos la justificación escrita por fax o correo, si fuera necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información acerca de las solicitudes de excepción.

Si su salud lo requiere, solicite que le demos una “decisión rápida de cobertura”

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | Una “decisión rápida de cobertura” se conoce como una **“determinación expeditiva de cobertura”.** |

* Cuando le informemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos estándar a menos que hayamos acordado utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir la justificación de su médico. Una decisión rápida de cobertura significa que le responderemos dentro de las 24 horas.
* **Para obtener una decisión rápida de cobertura, usted debe cumplir con dos requisitos:**
  + Puede obtener una decisión rápida de cobertura *sólo* si solicita cobertura de *un medicamento* *que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si nos pide que le paguemos por un medicamento que ya compró.)
  + Puede obtener una decisión rápida de cobertura *sólo* si utilizar los plazos estándar *puede dañar gravemente su salud o disminuir notoriamente su capacidad de llevar a cabo su vida normal.*
* **Si su médico u otro prescriptor nos informa que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, automáticamente aceptaremos darle una respuesta rápida.**
* Si usted solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta (sin el respaldo de un médico u otro prescriptor), decidiremos si su salud requiere que le demos una respuesta rápida.
  + Si decidimos que su problema de salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta al respecto (y en su lugar utilizaremos los plazos estándar).
  + La carta le indicará que si su médico u otro prescriptor solicitan una decisión rápida de cobertura, lo haremos automáticamente.
  + La carta también le indicará que puede presentar una queja acerca de nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que usted solicitó. Le informará cómo presentar una queja “rápida”, es decir que usted recibiría nuestra respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (El proceso para presentar una queja es distinto al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

Paso 2: Nuestro plan considera su solicitud y le da una respuesta.

Plazos para una decisión **“rápida”** de cobertura

* Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas**.
  + Por lo general, esto significa dentro de las 24 horas después de la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de recibir la justificación del médico que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
  + Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización examinadora y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
* **Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura acordada dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud.
* **Si nuestra respuesta es no en todo o en parte a su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito sobre nuestras razones para hacerlo.

Plazos para una decisión de cobertura **“estándar”** acerca de un medicamento que aún no recibió

* Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**.
  + Por lo general, esto significa dentro de las 72 horas después de la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de recibir la justificación del médico que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
  + Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización examinadora y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
* **Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud:**
  + Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** acordada **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud o la justificación del médico que respalda su solicitud.
* **Si nuestra respuesta es no en todo o en parte a su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito sobre nuestras razones para hacerlo.

Plazos para una decisión de cobertura **“estándar”** acerca de un pago por un medicamento que ya compró

* Debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendarios** después de recibir su solicitud.
  + Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización examinadora y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
* **Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud**, también debemos efectuar el pago dentro de los 30 días calendario después de recibir su solicitud.
* **Si nuestra respuesta es no en todo o en parte a su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito sobre nuestras razones para hacerlo.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

* Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar una apelación. La solicitud de una apelación significa pedirnos que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, nuestra decisión.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1  
(cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se conoce como **“redeterminación”** del plan. |

Paso 1: Usted se comunica con nuestro plan y presenta su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una pronta respuesta, debe pedirnos una “apelación rápida”.

Qué debe hacer

* **Para comenzar su apelación usted (o su representante o su médico u otro prescriptor) deben comunicarse con nosotros.**
  + Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 en el Capítulo 2 y busque la sección titulada, *[plans may edit section title as necessary] Cómo comunicarse con nosotros para realizar una apelación acerca de los medicamentos recetados de la Parte D.*
* **Si hace una apelación estándar, presente su apelación mediante una solicitud por escrito.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* También puede solicitar una apelación llamando al número de teléfono que figura en la Sección 1 del capítulo 2 *[plans may edit section title as necessary:]* (*Cómo comunicarse con nosotros para realizar una apelación acerca de los medicamentos recetados de la Parte D*).]
* **Si solicita una apelación rápida, usted puede presentar su apelación por escrito o llamarnos al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2** *[plans may edit section title as necessary:]* (Cómo comunicarse con nosotros para realizar una apelación acerca de los medicamentos recetados de la Parte D).
* **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de 60 días calendario** desde la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para notificarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si usted deja pasar esta fecha límite y tiene una razón válida para hacerlo, podríamos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de causas válidas para dejar pasar la fecha límite incluyen una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
* **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
  + Usted tiene el derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. [*If a fee is charged, insert:* Se nos permite el cobro de un arancel por la copia y el envío de esta información.]
  + Si lo desea, usted y su médico u otro prescriptor pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | Una “apelación rápida” también se conoce como una **“redeterminación expeditiva”.** |

* Si usted apela una decisión de nuestro plan sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y/o su médico u otro prescriptor deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
* Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son iguales a los de una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Nuestro plan considera su apelación y le da una respuesta.

* Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos cuidadosamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Podríamos ponernos en contacto con usted o su médico u otro prescriptor para obtener más información.

Plazos para una **apelación** **“rápida”**

* Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
  + Si no le damos nuestra respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización independiente examinadora. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización examinadora y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
* **Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura acordada dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
* **Si nuestra respuesta es no en todo o en parte a su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito sobre nuestras razones para hacerlo y la forma de apelar nuestra decisión.

Plazos para una **apelación** **“estándar”**

* Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere. Si considera que su salud lo requiere, puede solicitar una apelación “rápida”.
  + Si no le comunicamos nuestra decisión dentro de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización independiente examinadora. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización examinadora y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
* **Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud:**
  + Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** acordada con la rapidez que su salud requiera, **antes de los 7 días calendario** después de recibir su apelación.
  + Si aprobamos una solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir su solicitud de apelación.
* **Si nuestra respuesta es no en todo o en parte a su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito sobre nuestras razones para hacerlo y la forma de apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si continúa con el proceso de apelación y presenta *otra* apelación.

* Si nuestro plan rechaza su apelación, usted elige si acepta esta decisión o sigue adelante y presenta otra apelación.
* Si decide presentar otra apelación, esto significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación (consulte la sección siguiente).

Sección 6.6 Paso a paso: Como presentar una apelación de Nivel 2

Si nuestro plan rechaza su apelación, usted elige si acepta esta decisión o sigue adelante y presenta otra apelación. Si decide pasar a la apelación de Nivel 2, la **Organización independiente examinadora** examina la decisión que nuestro plan tomó cuando rechazó su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | El nombre formal para la “Organización independiente examinadora” es **“Entidad independiente examinadora”**. En algunos casos se conoce como **“IRE”** (por sus siglas en inglés). |

Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, debe comunicarse con la Organización independiente examinadora y solicitar una revisión de su caso.

* Si nuestro plan rechaza su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre la forma de presentar una apelación de Nivel 2** a la Organización independiente examinadora. Estas instrucciones le indicarán quién puede realizar esta apelación de Nivel 2, cuáles son los plazos que debe cumplir y cómo ponerse en contacto con la organización examinadora.
* Cuando usted presente una apelación a la Organización independiente examinadora, enviaremos la información que poseamos sobre su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.** [*If a fee is charged, insert:* Se nos permite el cobro de un arancel por la copia y el envío de esta información.]
* Usted tiene derecho a entregarle a la Organización independiente examinadora más información para respaldar su apelación.

Paso 2: La Organización independiente examinadora revisa su apelación y le da una respuesta.

* **La Organización independiente examinadora es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Es una compañía seleccionada por Medicare para revisar nuestras decisiones relacionadas con sus beneficios de la Parte D dentro de nuestro plan.
* Los revisores de la Organización independiente examinadora examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones de la misma.

Plazos para la **apelación “rápida”** en el Nivel 2

* Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” a la Organización independiente examinadora.
* Si la organización examinadora acepta otorgarle una “apelación rápida”, esta organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
* **Si la Organización independiente examinadora acepta su solicitud parcial o totalmente,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización examinadora **dentro de las 24 horas** después de recibir la decisión de dicha organización.

Plazos para la **apelación “estándar”** en el Nivel 2

* Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización examinadora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibirla.
* **Si la Organización independiente examinadora dice que sí en todo o en parte a su solicitud:**
  + Si la Organización independiente examinadora aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización examinadora **dentro de las 72 horas** después de recibir la decisión de dicha organización.
  + Si la Organización independiente examinadora aprueba una solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión de dicha organización.

**¿Que sucede si la organización examinadora dice que no a su apelación?**

Si esta organización rechaza su apelación, esto significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se conoce como “confirmar la decisión”. También se conoce como “denegar su apelación”.)

Para continuar y presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor monetario de la cobertura de medicamentos que usted solicita debe cumplir con una cantidad mínimo. Si el valor monetario de la cobertura que usted solicita es demasiado bajo, usted no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es final. El aviso que usted reciba de la Organización independiente examinadora le informará el valor monetario que usted debe reclamar para continuar el proceso de apelaciones.

**Paso 3: Si el valor monetario de la cobertura solicitada cumple con el requisito, usted elige si desea continuar con su apelación.**

* Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación).
* Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y usted reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide realizar una tercera apelación, los detalles sobre cómo solicitarla se encuentran en el aviso que recibió después de su segunda apelación.
* Su apelación de Nivel 3 es tratada por un juez de derecho administrativo. La Sección 9 de este capítulo le ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitar una cobertura de estadía más larga en el hospital si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando usted es admitido en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que son necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información acerca de nuestra cobertura de su atención hospitalaria, incluyendo cualquier limitación a dicha cobertura, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Durante su estadía en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que abandone el hospital. También le ayudarán a coordinar el cuidado que pueda necesitar después de que se vaya.

* El día que usted abandona el hospital se conoce como **“fecha de alta”.** La cobertura de nuestro plan para su estadía en el hospital finaliza en esa fecha.
* Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
* Si usted cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede pedir una estadía de hospital más prolongada y su solicitud será considerada. Esta sección le indica cómo debe presentar su solicitud.

Sección 7.1 Durante su estadía en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare informándole sobre sus derechos

Durante su estadía en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito titulado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todas las personas que tienen Medicare reciben este aviso cuando son admitidas en un hospital. Una persona en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera) debe entregarle este aviso dentro de los dos días posteriores a su internación. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**1. Lea este aviso detenidamente y pregunte si no lo comprende.** El aviso le informa sobre sus derechos como paciente en un hospital, entre ellos:

* Su derecho a recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, de acuerdo con lo ordenado por su médico. Esto incluye el derecho a conocer cuáles son dichos servicios, quién pagará por los mismos y dónde puede obtenerlos.
* Su derecho a participar en todas las decisiones sobre su estadía en el hospital, y quién pagará por la misma.
* Dónde presentar cualquier inquietud que tenga acerca de la calidad de su atención hospitalaria.
* Su decisión a apelar la decisión de darle el alta, si usted cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | El aviso por escrito de Medicare le informa cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”.** Solicitar una revisión inmediata es una manera legal formal de solicitar una prórroga en su fecha de alta para que nuestro plan cubra su atención hospitalaria durante más tiempo. (La Sección 7,2 le informa cómo puede solicitar una revisión inmediata.) |

**2. Usted debe firmar el aviso por escrito para mostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**

* Usted o una persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso. (La Sección 4 de este capítulo le informa cómo puede dar una autorización por escrito a otra persona para que actúe como su representante.)
* La firma del aviso *sólo* muestra que usted recibió la información sobre sus derechos. El aviso no le comunica su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le comunicarán su fecha de alta). La firma del aviso ***no* significa** que usted está de acuerdo con la fecha de alta.

3. **Conserve su copia** del aviso firmado para disponer fácilmente de la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si fuera necesario.

* Si firma el aviso más de 2 días antes de abandonar el hospital, recibirá otra copia antes de la fecha programada para su alta.
* Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para Miembros (los números telefónicos se encuentran en la parte de atrás de este manual) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verla en la siguiente dirección en Internet http://www.cms.gov/BNI/12\_HospitalDischargeAppealNotices.asp.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea que nuestro plan cubra sus servicios de internación durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe comprender lo que debe hacer y los plazos.

* **Siga el procedimiento.** A continuación se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelación.
* **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con los plazos que se aplican a lo que usted debe hacer.
* **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisa su apelación.** Esta organización verifica si la fecha de alta programada le conviene desde el punto de vista médico.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad en su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | Una “revisión rápida” también se le conoce como **“revisión inmediata”.** |

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de Calidad?

* Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos especialistas no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare.

¿Cómo puedo comunicarme con esta organización?

* El aviso por escrito que usted recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa como ponerse en contacto con esta organización. (O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este manual.)

Actúe con rapidez:

* Para presentar su apelación, usted debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad *antes* de abandonar el hospital y **no después de la fecha programada para su alta.** (Su “fecha programada de alta” es la fecha que se ha establecido para que usted deje el hospital.)
  + Si usted cumple con esta fecha límite, se permitirá que permanezca en el hospital *después* de su fecha de alta *sin que pague por su estadía* mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización para el Mejoramiento de Calidad.
  + Si usted *no* cumple con esta fecha límite y decide permanecer en el hospital después de su fecha programada de alta, *es posible que deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha programada de alta.
* Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad con respecto a su apelación, puede presentar su apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta alternativa para presentar su apelación, consulte la Sección 7,4.

Solicite una “revisión rápida”:

* Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que haga una **“revisión rápida”** de su alta. Solicitar una “revisión rápida” quiere decir que usted pide a la organización que utilice los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de los plazos estándar.

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | Una **“revisión rápida”** también se le conoce como **“revisión inmediata”** o **“revisión expeditiva”.** |

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

* Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Salud (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) las razones por las que cree que la cobertura de servicios debería continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
* Los revisores examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información proporcionada por el hospital y por nuestro plan.
* Hacia el mediodía del día siguiente a que los revisores notificaron a nuestro plan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito con la fecha programada de alta y detalles de los motivos por los cuales el médico, el hospital y nuestro plan pensamos que es correcto (adecuado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | Esta explicación por escrito se conoce como “**Aviso detallado de alta”**. Si desea obtener una copia de este aviso, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos se encuentran en la parte de atrás de este manual) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) También puede ver una copia del aviso en la siguiente dirección en Internet http://www.cms.hhs.gov/BNI/ |

Paso 3: En el plazo de un día después de obtener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de Calidad dará una respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

* Si la organización examinadora responde *sí* a su apelación, **debemos continuar proporcionando los servicios cubiertos de internación por el tiempo que estos servicios sean necesario por razones médicas.**
* Usted deberá continuar pagando su parte de los costos (tales como deducibles y copagos, si correspondieran). Además, pueden existir limitaciones a sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este manual.)

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

* Si la organización examinadora responde *no* a su apelación, esto quiere decir que su fecha programada de alta es adecuada desde el punto de vista médico. Si esto sucede, **nuestra cobertura de sus servicios de internación finalizará** al mediodía del día *después* que la Organización para el Mejoramiento de Calidad responda a su apelación.
* Si la organización examinadora responde *no* a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responda a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación

* Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de la fecha programada de alta, usted puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted pasa al “Nivel 2” del proceso de apelación.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de la fecha programada de alta, usted puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que revea la decisión que tomó sobre su primera apelación. Si rechazamos su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha programada de alta.

Los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación son los siguientes:

Paso 1: Se vuelve a comunicar con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y solicita otra revisión.

* Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si permaneció en el hospital después de la fecha de finalización de la cobertura de su atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

* Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el plazo de 14 días calendario, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad tomarán y le informarán la decisión sobre su apelación

Si la organización revisora responde que sí:

* **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura de su cuidado de internación mientras sea necesario por razones médicas.**
* Usted deberá continuar pagando su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones de cobertura.

Si la organización revisora responde que no:

* Esto significa que los revisores están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se conoce como “confirmar la decisión”.
* El aviso que usted reciba le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles acerca de cómo pasar al próximo nivel de apelación, que es tratado por un juez.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea avanzar con su apelación y pasar al Nivel 3

* Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si la organización examinadora rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir si acepta dicha decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, un juez examina su apelación.
* La Sección 9 de este capítulo le ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si deja pasar la fecha límite para presentar una apelación de Nivel 1?

**Puede presentar su apelación a nuestro plan**

Tal como se explicara anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápidamente para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y comenzar la primera apelación de su alta hospitalaria. (“Rápidamente” significa antes de abandonar el hospital y no con posterioridad a la fecha programada de alta). Si deja pasar la fecha límite para ponerse en contacto con esta organización, existe otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos.*

**Paso a paso: Como presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1**

Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, puede presentar una apelación a nuestro plan, y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como **“apelación expeditiva”.** |

Paso 1: Comuníquese con nuestro plan y solicite una “revisión rápida”.

* Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nuestro plan, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección bajo el título, *[plans may edit section title as necessary:]* *Cómo comunicarse con nosotros para realizar una apelación relacionada con su atención médica*.
* **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide una respuesta de acuerdo a los plazos “rápidos” y no los plazos “estándar”.

Paso 2: Realizamos una revisión "rápida" de su fecha programada de alta, verificando si era adecuada desde el punto de vista médico

* Durante esta revisión, examinamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Verificamos si su fecha programada de alta era adecuada desde el punto de vista médico. Verificaremos si la decisión sobre la fecha en que debía dejar el hospital fue justa y cumplió con las normas.
* En esta situación utilizaremos los plazos “rápidos” y no los plazos estándar para darle nuestra respuesta a la revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas después de que usted solicitó una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

* **Si respondemos sí a su apelación rápida**, esto significa que estamos de acuerdo con usted en que debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta, y seguiremos proporcionando sus servicios cubiertos de internación mientras sea necesario por razones médicas. También significa que estamos de acuerdo en reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted recibió desde la fecha en que anunciamos el fin de su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones de cobertura.)
* **Si respondemos no a su apelación rápida**, esto significa que su fecha programada de alta era adecuada desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura de sus servicios de internación termina a partir del día en que anunciamos el fin de la cobertura.
  + Si usted permaneció en el hospital *después* de la fecha programada de alta, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha programada de alta.

Paso 4: Si nuestro plan rechaza su apelación rápida, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

* Para garantizar que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización independiente examinadora”.** Cuando lo hacemos, esto significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.

**Paso a paso: Como presentar una apelación *alternativa* de Nivel 2**

Si nuestro plan rechaza su apelación de Nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización independiente examinadora** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | El nombre formal para la “Organización independiente examinadora” es **“Entidad independiente examinadora”**. En algunos casos se conoce como **“IRE”** (por sus siglas en inglés). |

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización independiente examinadora.

* Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización independiente examinadora dentro de las 24 horas del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos con éste u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso para presentar una queja es distinto al proceso de apelación. La Sección 10 de este capítulo le informa cómo presentar una queja.)

Paso 2: La Organización independiente examinadora realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de 72 horas.

* **La Organización independiente examinadora es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que Medicare ha seleccionado para encargarse de la tarea de ser la Organización independiente examinadora. Medicare supervisa su trabajo.
* Los revisores de la Organización independiente examinadora examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta hospitalaria.
* **Si esta organización dice que *si* a su apelación**, debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted recibió desde la fecha de su alta programada. Debemos continuar proporcionando la cobertura de los servicios de internación mientras sea necesario por razones médicas. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, éstas podrían limitar la cantidad que le reembolsamos o el tiempo que continuaremos cubriendo sus servicios.
* **Si esta organización dice que *no* a su apelación**, esto significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha programada de su alta hospitalaria era adecuada desde el punto de vista médico.
  + El aviso que usted reciba de la Organización independiente examinadora le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles acerca de cómo pasar al Nivel 3 de apelación, que es tratado por un juez.

Paso 3: Si la Organización independiente examinadora rechaza su apelación, usted elige si desea avanzar con su apelación.

* Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (en total son cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
* La Sección 9 de este capítulo le ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que continúe cubriendo determinados servicios médicos si cree que la cobertura está por terminar demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección es sobre tres servicios únicamente:*servicios de cuidado de la salud en el hogar, del centro de enfermería especializada o del centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF)

Esta sección es sobre los siguientes tipos de atención médica *únicamente*:

* **Servicios de cuidado de la salud en el hogar** que usted recibe.
* **Atención de enfermería especializada** que usted recibe como paciente en un centro de enfermería especializada. (Si desea conocer los requisitos para ser considerado como un “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes.*)
* **Cuidados de rehabilitación** que usted recibe como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF). Por lo general, esto significa que usted está recibiendo tratamiento por una enfermedad o lesión, o que se esta recuperando de una operación compleja. (Para obtener más información acerca de este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes.*)

Cuando usted recibe alguno de estos tipos de atención, tiene el derecho a continuar recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención mientras el cuidado sea necesario para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluyendo su parte del costo y cualquier limitación aplicable, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Cuando decidimos que ya es tiempo de dejar de cubrir alguno de estos tres tipos de atención, debemos informarle de antemano. Cuando su cobertura de dicha atención finalice, dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.

Si cree que ponemos fin a la cobertura de su atención demasiado pronto, **usted puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos por adelantado la fecha de finalización de su cobertura

**1.** **Usted recibe un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, la agencia o centro que esté prestando su atención le entregará un aviso.

* Este aviso por escrito le informa la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
* El aviso por escrito también le informa lo que puede hacer si desea solicitar que nuestro plan cambie esta decisión sobre el fin de su atención y siga ofreciendo cobertura durante un período más prolongado.

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | Al decirle lo que puede hacer, el aviso por escrito le informa que puede solicitar una **“apelación rápida”.** La solicitud de una apelación rápida es un medio legal formal para solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura relacionada con el fin de su atención. (La Sección 7.3 siguiente indica cómo solicitar una apelación rápida.) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | Este aviso por escrito se conoce como **“Aviso de no cobertura de Medicare”**. Si desea obtener una copia de este aviso, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos se encuentran en la parte de atrás de este manual) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.). También puede ver una copia del aviso en la siguiente dirección en Internet http://www.cms.hhs.gov/BNI/ |

**2.** **Usted debe firmar el aviso por escrito para mostrar que lo recibió.**

* Usted o una persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso. (La Sección 4 le informa cómo puede dar una autorización por escrito a otra persona para que actúe como su representante.)
* La firma del aviso *sólo* muestra que usted recibió la información sobre la fecha de finalización de su cobertura. **Su firma no significa que usted está de acuerdo** con el plan sobre poner fin a la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si usted desea solicitar que el plan cubra su atención durante un tiempo más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe comprender lo que debe hacer y los plazos.

* **Siga el procedimiento.** A continuación se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelación.
* **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con los plazos aplicables a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir ciertos plazos. (Si cree que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le informa cómo presentar una queja.)
* **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisa su apelación y decide si se debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.**

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de Calidad en su estado y solicite una revisión. Debe actuar con rapidez.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de Calidad?

* Esta organización es un grupo de médicos y otros especialistas de la salud pagados por el gobierno federal. Estos especialistas no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de la atención recibida por las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo dejar de cubrir determinados tipos de atención médica.

¿Cómo puedo comunicarme con esta organización?

* El aviso por escrito que usted recibió le informa como ponerse en contacto con esta organización. (O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este manual.)

¿Qué debe pedir?

* Solicite que esta organización realice una revisión independiente sobre la conveniencia médica de que el plan ponga fin a la cobertura de sus servicios médicos.

Fecha límite para comunicarse con esta organización

* Usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad para comenzar su apelación *antes del mediodía del día posterior a recibir el aviso por escrito informándole que nuestro plan dejará de cubrir su atención.*
* Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad con respecto a su apelación, puede presentar su apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta alternativa para presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

* Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Salud (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) las razones por las que cree que la cobertura de servicios debería continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
* Los revisores examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información proporcionada por nuestro plan.
* Al finalizar el día los revisores nos informarán sobre su apelación y usted recibirá un aviso por escrito del plan explicando en detalle nuestras razones para poner fin a la cobertura de sus servicios.

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | Este aviso se conoce como “**Explicación detallada de no cobertura”**. |

Paso 3: En el plazo de un día completo después de recibir toda la información necesaria, los revisores le informarán su decisión.

¿Que sucede si los revisores dicen que sí a su apelación?

* Si los revisores dicen que *sí* a su apelación, **debemos continuar ofreciéndole servicios cubiertos mientras sea necesario por razones médicas**.
* Usted deberá continuar pagando su parte de los costos (tales como deducibles y copagos, si correspondieran). Por otra parte, pueden existir limitaciones a sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este manual).

¿Que sucede si los revisores dicen que no a su apelación?

* Si los revisores dicen que *no* a su apelación, **su cobertura cesará a partir de la fecha que le informamos.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención.
* Si usted decide continuar recibiendo cuidado de la salud en el hogar, atención del centro de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de esta fecha de finalización de su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención por su cuenta.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación

* Esta primera apelación que usted presenta es el “Nivel 1” del proceso de apelación. Si los revisores dicen que *no* a su apelación de Nivel 1, y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, puede presentar otra apelación.
* Presentar otra apelación significa que usted pasa al “Nivel 2” del proceso de apelación.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que revea la decisión que tomó sobre su primera apelación. Si rechazamos su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su cuidado de la salud en el hogar, atención del servicio de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de la fecha que le comunicamos para la finalización de su cobertura.

Los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación son los siguientes:

Paso 1: Se vuelve a comunicar con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y solicita otra revisión.

* Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si continuó recibiendo atención después de la fecha de finalización de la cobertura de su atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

* Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el plazo de 14 días calendario, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad tomarán y le informarán la decisión sobre su apelación.

¿Que sucede si la organización examinadora dicen que sí a su apelación?

* **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos por la atención que usted recibió desde la fecha en que anunciamos el fin de su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** de su atención mientras sea necesario por razones médicas.
* Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización examinadora dice que no?

* Esto significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
* El aviso que usted reciba le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles acerca de cómo pasar al próximo nivel de apelación, que es tratado por un juez.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea avanzar con su apelación.

* Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que arroja un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir si acepta dicha decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, un juez examina su apelación.
* La Sección 9 de este capítulo le ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si deja pasar la fecha límite para presentar una apelación de Nivel 1?

**Puede presentar su apelación a nuestro plan**

Tal como se explicara anteriormente en la Sección 8.3, debe actuar rápidamente para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y comenzar su primera apelación (dentro de uno o dos días, como máximo). Si deja pasar la fecha límite para ponerse en contacto con esta organización, existe otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos.*

**Paso a paso: Como presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1**

Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, puede presentar una apelación a nuestro plan, y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Los pasos para la apelación alternativa de Nivel 1 son los siguientes:

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como **“apelación expeditiva”.** |

Paso 1: Comuníquese con nuestro plan y solicite una “revisión rápida”.

* Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nuestro plan, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección bajo el título, *[plans may edit section title as necessary:]* *Cómo comunicarse con nosotros para realizar una apelación relacionada con su atención médica*.
* **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide una respuesta de acuerdo a los plazos “rápidos” y no los plazos “estándar”.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos acerca de finalizar la cobertura de sus servicios.

* Durante esta revisión, volvemos a examinar toda la información sobre su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando determinamos la fecha para poner fin a la cobertura del plan de los servicios que usted recibía.
* Utilizaremos los plazos “rápidos” y no los plazos estándar para darle nuestra respuesta a la revisión. (Por lo general, si usted presenta una apelación a nuestro plan y solicita una “revisión rápida”, podemos decidir si estamos de acuerdo con su solicitud y le proporcionamos una “revisión rápida”. Pero en esta situación, las normas requieren que le proporcionemos una respuesta rápida si usted la solicita.)

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas después de que usted solicitó una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

* **Si aceptamos su apelación rápida**, esto significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita servicios por más tiempo, y continuaremos proporcionando los servicios cubiertos mientras sea necesario por razones médicas. También significa que estamos de acuerdo en reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted recibió desde la fecha en que anunciamos el fin de su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones de cobertura.)
* **Si rechazamos su apelación rápida**, su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y no pagaremos después de esta fecha. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención.
* Si usted continuó recibiendo cuidado de la salud en el hogar, atención del centro de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de esta fecha de finalización de su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención por su cuenta.

Paso 4: Si nuestro plan rechaza su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

* Para garantizar que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización independiente examinadora”.** Cuando lo hacemos, esto significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.

**Paso a paso: Como presentar una apelación *alternativa* de Nivel 2**

Si nuestro plan rechaza su apelación de Nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización independiente examinadora** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | El nombre formal para la “Organización independiente examinadora” es **“Entidad independiente examinadora”**. En algunos casos se conoce como **“IRE”** (por sus siglas en inglés). |

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización independiente examinadora.

* Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización independiente examinadora dentro de las 24 horas del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos con éste u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso para presentar una queja es distinto al proceso de apelación. La Sección 10 de este capítulo le informa cómo presentar una queja.)

Paso 2: La Organización independiente examinadora realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de 72 horas.

* **La Organización independiente examinadora es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que Medicare ha seleccionado para encargarse de la tarea de ser la Organización independiente examinadora. Medicare supervisa su trabajo.
* Los revisores de la Organización independiente examinadora examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
* **Si esta organización dice que *si* a su apelación**, debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted recibió desde la fecha de finalización de su cobertura. Además, debemos continuar proporcionando cobertura de su atención mientras sea necesario por razones médicas. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, éstas podrían limitar la cantidad que le reembolsamos o el tiempo que continuaremos cubriendo sus servicios.
* **Si esta organización dice que *no* a su apelación**, esto significa que está de acuerdo con la decisión tomada por nuestro plan sobre su primera apelación y no la cambiará.
  + El aviso que usted reciba de la Organización independiente examinadora le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará detalles acerca de cómo pasar al Nivel 3 de apelación.

Paso 3: Si la Organización independiente examinadora rechaza su apelación, usted elige si desea avanzar con su apelación.

* Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que arroja un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir si acepta dicha decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, un juez examina su apelación.
* La Sección 9 de este capítulo le ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Presentación de su apelación desde el Nivel 3 en adelante

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos

Esta sección podría servirle si usted presentó apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor monetario del artículo o servicio médico que usted apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda recurrir a niveles adicionales de apelación. Si el valor monetario es inferior al nivel mínimo, no puede volver a apelar. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, la respuesta por escrito que usted reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de la misma manera. A continuación le indicamos quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

|  |  |
| --- | --- |
| Apelación de Nivel 3 | Un juez que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta. Este juez se conoce como “Juez de derecho administrativo”. |

* **Si el Juez de derecho administrativo responde que sí a su apelación, el proceso de apelación *podría* o *no* terminar**: nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión en el Nivel 2 (Organización independiente examinadora), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que es favorable a usted.
  + Si decidimos *no* apelar esta decisión, debemos autorizar o proporcionar el servicio dentro de 60 días después de recibir la decisión del juez.
  + Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 junto con cualquier documentación que la acompañe. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
* **Si el juez de derecho administrativo responde que no a su apelación, el proceso de apelación *podría* o *no* terminar.** 
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
  + Si usted no desea aceptar la decisión, puede pasar al próximo nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará que hacer si usted elige continuar con su apelación.

|  |  |
| --- | --- |
| Apelación de Nivel 4 | El Consejo de Apelaciones de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones de Medicare trabaja para el Gobierno federal. |

* **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable para una apelación de Nivel 3, el proceso de apelación *podría* o *no* terminar**: nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el nivel 5. A diferencia de la decisión en el Nivel 2 (Organización independiente examinadora), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que es favorable a usted.
  + Si decidimos *no* apelar esta decisión, debemos autorizar o proporcionar el servicio dentro de 60 días después de recibir la decisión del Consejo de Apelaciones de Medicare.
  + Si decidimos apelar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
* **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación *podría* o *no* terminar.** 
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
  + Si usted no desea aceptar la decisión, podría pasar al próximo nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas permiten que usted pase al Nivel 5 de apelación. Si las normas lo permiten, el aviso por escrito también le informará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si elige continuar con su apelación.

|  |  |
| --- | --- |
| Apelación de Nivel 5 | Un juez del **Tribunal Federal** revisará su apelación. |

* Éste es el último paso en el proceso administrativo de apelación.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para medicamentos de la Parte D

Esta sección podría servirle si usted presentó apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor monetario del medicamento que usted apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda recurrir a niveles adicionales de apelación. Si el valor monetario es inferior al nivel mínimo, no puede volver a apelar. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, la respuesta por escrito que usted reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de la misma manera. A continuación le indicamos quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

|  |  |
| --- | --- |
| Apelación de Nivel 3 | Un juez que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta. Este juez se conoce como “Juez de derecho administrativo”. |

* **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación finaliza**. Se aprueba lo que usted solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** autorizada por el juez de derecho administrativo **dentro de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones rápidas) o realizar el pago antes de 30 días calendario** después de recibir la decisión.
* **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *podría* o *no* terminar.** 
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
  + Si usted no desea aceptar la decisión, puede pasar al próximo nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará que hacer si usted elige continuar con su apelación.

|  |  |
| --- | --- |
| Apelación de Nivel 4 | El Consejo de Apelaciones de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones de Medicare trabaja para el Gobierno federal. |

* **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación finaliza**. Se aprueba lo que usted solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** autorizada por el Consejo de Apelaciones de Medicare **dentro de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones rápidas) o realizar el pago antes de 30 días calendario** después de recibir la decisión.
* **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *podría* o *no* terminar.** 
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
  + Si usted no desea aceptar la decisión, podría pasar al próximo nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas permiten que usted pase al Nivel 5 de apelación. Si las normas lo permiten, el aviso por escrito también le informará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si elige continuar con su apelación.

|  |  |
| --- | --- |
| Apelación de Nivel 5 | Un juez del **Tribunal Federal** revisará su apelación. |

* Éste es el último paso en el proceso de apelación.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

|  |  |
| --- | --- |
| **?** | Si su problema es sobre decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pagos, entonces esta sección *no es para usted*. En su lugar, debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo. |

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas son tratados por el proceso de presentación de quejas?

Esta sección le explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso para presentar quejas se utiliza *sólo* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. A continuación presentamos algunos ejemplos de los tipos de problemas tratados por el proceso de presentación de quejas.

| **Si tiene alguno de estos tipos de problemas, usted puede “presentar una queja”** |  |
| --- | --- |
| **Calidad de la atención médica**   * + ¿Está descontento con la calidad de la atención recibida (incluyendo la atención hospitalaria)?   **Respeto de su privacidad**   * + ¿Piensa que alguna persona violó su derecho a la privacidad o compartió información suya que usted cree debería ser confidencial?   **Falta de respeto, servicio al cliente inadecuado, u otro comportamiento negativo**   * + ¿Alguna persona le faltó el respeto?   + ¿Está descontento con el trato que le brindó Servicios para Miembros?   + ¿Siente que lo están impulsando a abandonar el plan?   **Tiempos de espera**   * + ¿Tiene dificultades para obtener una cita, o espera demasiado para obtenerla?   + ¿Tuvo que esperar a sus médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud durante mucho tiempo? ¿O a nuestros Servicios para Miembros u otros empleados del plan? * Los ejemplos de esto incluyen largas esperas en el teléfono, la sala de espera o la sala de exámenes, o al comprar un medicamento.   **Higiene**   * + ¿Está descontento con la higiene o el estado de una clínica, hospital o consultorio?   **Información proporcionada por el plan**   * + ¿Cree que no le enviamos un aviso que teníamos la obligación de entregarle?   + ¿Piensa que la información que le proporcionamos por escrito es difícil de entender?   *La próxima página tiene más ejemplos de razones para presentar una queja* | |

| **Posibles quejas**  (continuación) |  |
| --- | --- |
| **Estos tipos de quejas se relacionan con la *puntualidad* de nuestras acciones con relación a decisiones de cobertura y apelaciones**  El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4 a 9 de este capítulo. Si usted solicita una decisión o presenta una apelación, use dicho proceso y no el proceso para presentar quejas.  Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o realizó una apelación, y piensa que no estamos brindando una respuesta con suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación presentamos algunos ejemplos:   * + Si nos solicitó una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida” y le informamos que no lo haremos, puede presentar una queja.   + Si cree que no cumplimos con los plazos para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que usted presentó, puede presentar una queja.   + Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada por nuestro plan, y se nos informa que debemos cubrir o reembolsar determinados servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no cumplimos con estos plazos, puede presentar una queja.   + Cuando nuestro plan no le da una decisión a tiempo, debemos enviar su caso a la Organización independiente examinadora. Si no lo hacemos dentro del plazo requerido, puede presentar una queja. | |

Sección 10.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "presentar una queja formal"

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | * Lo que esta sección llama **“queja”** también se conoce como **“queja formal”.** * Otro término para **“presentar una queja”** es **“presentar una queja formal”.** * Otra forma de decir **“usar el proceso para presentar una queja”** es **“usar el proceso para presentar una queja formal”.** |

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros rápidamente, ya sea por teléfono o por escrito

* **Por lo general, el primer paso consiste en llamar a Servicios para Miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para Miembros se lo hará saber. [*Insert phone number, TTY, and days and hours of operation.]*
* **Si no desea llamar (o llamó y no esta satisfecho), puede enviarnos su queja por escrito.** Si se queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
* *[Insert description of the procedures (including time frames) and instructions about what members need to do if they want to use the process for making a complaint. Describe expedited grievance time frames for grievances about decisions to not conduct expedited organization/coverage determinations or reconsiderations/redeterminations.]*
* **Tanto si llama como si escribe, debe comunicarse con Servicios para Miembros de inmediato.** Debe presentar su queja dentro de 60 días calendario después del problema por el cual desea quejarse.
* **Si usted presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente recibirá una queja “rápida”.** Si usted tiene una queja “rápida”, esto significa que recibirá **una respuesta dentro de 24 horas.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Términos**  **legales** | Lo que esta sección llama **“queja rápida”** también se conoce como **“queja formal acelerada”.** |

Paso 2: Examinamos su queja y le damos nuestra respuesta.

* **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos darle una respuesta en esa misma llamada. Si su estado de salud requiere que le demos una respuesta rápida, eso es lo que haremos.
* **Respondemos la mayoría de las quejas en 30 días calendario**. Si necesitamos más información y la demora es para su beneficio, o si usted pide más tiempo, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales (44 días en total) para responder su queja.
* **Si no estamos de acuerdo** parcial o totalmente con su queja o no nos hacemos responsables del problema por el cual se queja, le informaremos al respecto. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para la misma. Debemos responder si estamos de acuerdo o no con la queja.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de Calidad

Usted puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención recibida mediante el proceso paso a paso que se describió anteriormente.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, cuenta con dos opciones adicionales.

* **Puede presentar su queja a la Organización para el Mejoramiento de Calidad.** Si así lo desea, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención recibida directamente a esta organización (*sin* presentar su queja a nuestro plan).
  + La Organización para el Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos especializados y otros expertos en el cuidado de la salud pagado por el gobierno federal, que se encarga de controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.
  + Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado consulte la Sección 4 del Capítulo 2 de este manual. Si presenta una queja a esta organización, trabajaremos con ellos para solucionar su queja.
* **O puede presentar su queja a ambas organizaciones al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención a nuestro plan y a la Organización para el Mejoramiento de Calidad.

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja respecto de *[insert 2013 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas con seriedad y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si siente que el plan no trata su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 10. Terminación de la membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 226

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la terminación de su membresía en nuestro plan 226

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede terminar su membresía con nuestro plan? 226

Sección 2.1 Usted puede puede terminar su membresía durante el Período de inscripción anual 226

Sección 2.2 Usted puede terminar su membresía durante el Período anual de terminación de Medicare Advantage, pero sus opciones son más limitadas 228

Sección 2.3 En determinadas situaciones, usted puede terminar su membresía durante un Período de inscripción especial. 229

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía? 230

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede terminar su membresía con nuestro plan? 231

Sección 3.1 Por lo general, usted puede terminar su membresía al inscribirse en otro plan 231

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan. 232

Sección 4.1 Hasta que termine su membresía, seguirá siendo miembro de nuestro plan 232

SECCIÓN 5 *[Insert 2013 plan name]* debe terminar su membresía en el plan en determinadas situaciones 233

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en nuestro plan? 233

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con su salud. 235

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan. 235

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la terminación de su membresía con nuestro plan

La terminación de su membresía en *[insert 2013 plan name]* puede ser **voluntaria** (su propia decisión) o **involuntaria** (no es su propia decisión):

* Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo.
  + Hay sólo determinados momentos durante el año, o determinadas situaciones, en las que usted puede terminar su membresía en el plan. La Sección 2 le indica *cuándo* puede terminar su membresía. [*I-SNPs: Replace the text in this bullet with:* Puede terminar su membresía en el plan en cualquier momento. La Sección 2 le informa sobre los tipos de planes en los que puede inscribirse.]
  + El proceso de terminación voluntaria de su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que seleccione. La Sección 3 le indica *cómo* terminar su membresía en cada situación.
* También existen situaciones limitadas en las cuales usted no elige abandonar el plan, pero debe terminar su membresía. La Sección 5 le explica las situaciones en las que debe terminar su membresía.

Si usted abandona nuestro plan, debe continuar recibiendo su cuidado médico a través de nuestro plan hasta que termine su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede terminar su membresía con nuestro plan?

*[I-SNPs: Delete the following paragraph:]*

Usted puede terminar su membresía en nuestro plan únicamente durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período anual de terminación de Medicare Advantage. En determinadas situaciones, usted puede ser elegible para abandonar el plan durante otros momentos del año.

Sección 2.1 Usted puede terminar su membresía durante el Período de inscripción anual

Usted puede terminar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como “Período anual de elección coordinada”). Éste es el momento cuando usted debe revisar su cobertura de salud y medicamentos, y tomar una decisión de cobertura para el próximo año.

* **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Esto ocurre desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.
* **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Durante este período, usted puede revisar su cobertura de salud y de medicamentos recetados. Puede elegir mantener su cobertura actual o realizar cambios a su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede seleccionar cualquiera de los siguientes tipos de plan.
  + Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no cubra los medicamentos recetados.)
  + El plan Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
  + – *o* – el plan Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
    - **Si usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados:** Si no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática.

**Nota:** Si se da de baja de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio y como mínimo, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la Sección 10 del Capítulo 6 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

* **¿Cuándo termina su membresía?** Su membresía terminará cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

*[I-SNPs: rename section 2.1 “Puede terminar su membresía en cualquier momento” and replace the language in Section 2.1 with the following:* Puede terminar su membresía en *[insert 2013 plan name]* en cualquier momento.

* **¿Cuándo puede terminar su membresía?** Puede terminar su membresía en *[insert 2013 plan name]* en cualquier momento. La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden terminar su membresía durante determinados momentos del año. No obstante, debido a que vive en un asilo de ancianos, usted puede terminar su membresía en cualquier momento.
* **¿A qué tipo de plan se puede cambiar?** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede seleccionar cualquiera de los siguientes tipos de plan.
  + Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no cubra los medicamentos recetados.)
  + El plan Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
  + – *o* – el plan Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
    - **Si usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados:** Si no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática.

**Nota:** Si se da de baja de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio y como mínimo, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la Sección 10 del Capítulo 6 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

* **¿Cuándo termina su membresía?** Su membresía terminará el primer día del mes siguiente después de que hayamos recibido su solicitud de cambio de plan.]

Sección 2.2 Usted puede terminar su membresía durante el Período anual de terminación de Medicare Advantage, pero sus opciones son más limitadas

*[I-SNPs: delete Section 2.2]*

Usted tiene la oportunidad de realizar *un* cambio a su cobertura de salud durante el **Período anual de terminación de Medicare Advantage**.

* **¿Cuándo es el Período anual de terminación de Medicare Advantage?** Esto ocurre cada año desde el 1 de enero hasta el 14 de febrero.
* **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el período anual de terminación de Medicare Advantage?** Durante este período, usted puede terminar su inscripción al Plan Medicare Advantage y cambiar a Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original durante este período, tiene hasta el 14 de febrero para inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare para agregar la cobertura de medicamentos.
* **¿Cuándo termina su membresía?** Su membresía terminará el primer día del mes siguiente después de que hayamos recibido su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba sus solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, usted puede terminar su membresía durante un Período de inscripción especial.

*[I-SNPs: delete Section 2.3]*

En determinadas situaciones, los miembros de *[insert 2013 plan name]* pueden ser elegibles para terminar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

* **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted, usted es elegible para terminar su inscripción durante un período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (http://www.medicare.gov):
  + En general, cuando se muda.
  + *[Revise bullet to use state-specific name, if applicable:]* Si tiene Medicaid.
  + Si es elegible para recibir Ayuda Adicional para el pago de las recetas de Medicare.
  + Si violamos nuestro contrato con usted.
  + Si recibe atención en una institución, como un asilo de ancianos o un hospital de atención a largo plazo.
  + [*Plans in* *states with PACE, insert:* Si se inscribe en el Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE).]
* **¿Cuándo son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
* **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si usted es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para terminar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  + Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no cubra los medicamentos recetados.)
  + El plan Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
  + – *o* – el plan Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
    - **Si usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados:** Si no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática.

**Nota:** Si se da de baja de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio y como mínimo, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la Sección 10 del Capítulo 6 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

* **¿Cuándo termina su membresía?** Su membresía terminará el primer día del mes siguiente después de que hayamos recibido su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía?

*[I-SNPs: renumber Section 2.4 as Section 2.2.]*

Si tiene preguntas o desea más información acerca de cuándo puede terminar su membresía:

* Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual.)
* Puede encontrar la información en el Manual ***Medicare y Usted 2013***.
  + Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* en el otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben dentro del mes de la inscripción.
  + También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (http://[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). O puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al número que aparece a continuación.
* Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede terminar su membresía con nuestro plan?

Sección 3.1 Por lo general, usted puede terminar su membresía al inscribirse en otro plan

Por lo general, para terminar su membresía en nuestro plan, usted simplemente se inscribe en otro plan de Medicare *[I-SNPs: delete the rest of this sentence]* durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 para obtener información acerca de los períodos de inscripción). Sin embrago, si desea cambiar de nuestro plan al plan Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar la terminación de nuestro plan. Existen dos formas para que usted solicite su terminación:

* Puede enviarnos una solicitud por escrito. Póngase en contacto con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).
* --*o*-- puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Nota:** Si se da de baja de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio y como mínimo, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la Sección 10 del Capítulo 6 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

La tabla siguiente explica cómo debe terminar su membresía en nuestro plan.

| **Si desea cambiar de nuestro plan a:** |  | **Esto es lo que debe hacer:** |
| --- | --- | --- |
| * Otro plan de salud de Medicare. | | * Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare.   Automáticamente será dado de baja de *[insert 2013 plan name]* cuando comience la cobertura de su nuevo plan. |
| * El plan Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. | | * Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.   Automáticamente será dado de baja de *[insert 2013 plan name]* cuando comience la cobertura de su nuevo plan. |
| * El plan Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.   + **Nota:** Si se da de baja de un plan de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. Consulte la Sección 10 del Capítulo 6 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía. | | * **Envíenos una solicitud por escrito de terminación.** Póngase en contacto con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual). * También puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar su terminación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. * Será dado de baja de *[insert 2013 plan name]* cuando comience la cobertura de su plan Medicare Original. |

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.

Sección 4.1 Hasta que termine su membresía, seguirá siendo miembro de nuestro plan

Si usted deja *[insert 2013 plan name]*, puede pasar algún tiempo hasta que su membresía termine y su nueva cobertura de Medicare entre en efecto. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura.) Durante este tiempo, usted debe continuar recibiendo su atención médica y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

* **Debe continuar utilizando las farmacias de nuestra red para presentar sus recetas hasta que termine su membresía en nuestro plan.** Por lo general, se cubrirán sus medicamentos recetados únicamente si presenta sus recetas en una farmacia de la red [*insert if applicable:* incluyendo los servicios de farmacia por correo.]
* **Si usted se encuentra hospitalizado el día en que termina su membresía, por lo general nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que se termine su membresía** (aún cuando usted sea dado de alta después del comienzo de su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 *[Insert 2013 plan name]* debe terminar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en nuestro plan?

***[Insert 2013 plan name]* debe terminar su membresía en el plan si ocurre alguno de los siguientes casos:**

* Si usted no permanece inscrito en las Partes A y B de Medicare de forma continua.
* Si usted se muda fuera del área de servicio.
* Si usted se encuentra fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses. [*Plans with visitor/traveler benefits should revise this bullet to indicate when members must be disenrolled from the plan*.]
  + Si se muda o se va de viaje por un tiempo prolongado, debe llamar a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra dentro del área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la parte de atrás de este manual.)
  + [*Plans with visitor/traveler benefits, insert:* Consulte la Sección 2.3 en el Capítulo 4 para obtener información sobre como recibir atención cuando se encuentra fuera del área de servicio a través del beneficio de visitante/viajero de nuestro plan.]
  + [*Plans with grandfathered members who were outside of area prior to January 1999, insert:* Si usted ha sido miembro de nuestro plan de forma continua desde enero de 1999 *y* vivía fuera de nuestra área de servicio antes de enero de 1999, puede continuar su membresía. Sin embargo, si se muda a un lugar que se encuentra fuera de nuestra área de servicio, será dado de baja de nuestro plan.]
* Si usted es enviado a prisión.
* Si miente u oculta información acerca de otro seguro que usted posea y que proporcione cobertura de medicamentos recetados.
* [*I-SNPs and C-SNPs insert:* Usted no cumple con los requisitos especiales de elegibilidad del plan que se mencionan en la Sección 2.1 del Capítulo 1]
  + [*I-SNPs and C-SNPs: Insert rules for members who no longer meet special eligibility requirements*.]
* [*Omit if not applicable]* Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo si no obtenemos autorización de Medicare anteriormente.)
* [*Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* Si continuamente se comporta de manera perjudicial y nos dificulta la tarea de brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo si no obtenemos autorización de Medicare anteriormente.)
* [*Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* Si permite que otra persona utilice su tarjeta de miembro para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo si no obtenemos autorización de Medicare anteriormente.)
  + Si terminamos su membresía por este motivo, es posible que Medicare solicite una investigación por el Inspector General.
* [*Omit bullet and sub-bullet if not applicable. Plans with different disenrollment policies for dual eligible members and/or members with LIS who do not pay plan premiums must edit these bullets as necessary to reflect their policies. Plans with different disenrollment policies must be very clear as to which population is excluded from the policy to disenroll for failure to pay plan premiums.]* Si no paga las primas del plan durante [*insert length of grace period, which cannot be less than 2 calendar months*].
  + Debemos notificarle por escrito que usted tiene [*insert length of grace period, which cannot be less than 2 calendar months]* para pagar la prima del plan antes de que terminemos su membresía.
* Si usted debe pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare lo dará de baja de nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.

**¿Dónde puede obtener más información?**

Si tiene preguntas o desea más información acerca de cuándo podemos terminar su membresía:

* Puede llamar a **Servicios para Miembros** para más información (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual.)

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con su salud.

*[Institutional SNPs and Chronic care SNPs: delete this section.]*

**¿Qué debe hacer si esto sucede?**

Si siente que se le está solicitando que abandone nuestro plan por motivos relacionados con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan.

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de terminar su membresía. También puede consultar la Sección 10 en el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente 237

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación 237

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario 237

*[****Note:*** *You may include other legal notices, such as a notice of member non-liability or a notice about third-party liability. These notices may only be added if they conform to Medicare laws and regulations.]*

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de Cobertura* y algunas disposiciones adicionales se podrían aplicar porque son requeridas por ley. Esto podría afectar sus derechos y responsabilidades aún si dichas leyes no están incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y los reglamentos establecidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) bajo la Ley del Seguro Social. Además, se podrían aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos por razón de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, creencias, edad o nacionalidad de origen. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, todas las demás leyes que se apliquen a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma que corresponda por cualquier otra razón.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare por los cuales Medicare no es el pagador primario. De conformidad con las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, *[insert plan name]*, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que la Secretaría ejerce bajo los reglamentos de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección prevalecen sobre cualquier ley estatal.

*[****Note:*** *You may include other legal notices, such as a notice of member non-liability or a notice about third-party liability. These notices may only be added if they conform to Medicare laws and regulations.]*

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

*[Plans should insert definitions as appropriate to the plan type described in the EOC. You may insert definitions not included in this model and exclude model definitions not applicable to your plan, or to your contractual obligations with CMS or enrolled Medicare beneficiaries.]*

*[If allowable revisions to terminology (e.g., changing “Member Services” to “Customer Service”) affect glossary terms, plans should re-label the term and alphabetize it within the glossary.]*

*[If you use any of the following terms in your EOC, you must add a definition of the term to the first section where you use it and here in Chapter 12 with a reference from the section where you use it: IPA, network, PHO, plan medical group, Point of Service.]*

*[Plans with a POS option: Provide definitions of: allowed amount, balance billing, coinsurance and maximum charge, and prescription drug benefit manager.]*

**Centro de cirugía ambulatoria**: es una entidad que funciona exclusivamente con el fin de prestar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supere las 24 horas.

**Período de inscripción anual:** el momento establecido en que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar a Medicare Original. El Período de inscripción anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

**Apelación**: una apelación es la acción que usted realiza si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de cuidado de salud o medicamentos recetados, o de pago por servicios o medicamentos que usted ya haya recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cesar los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, usted puede solicitar una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería recibir. El Capítulo 9 explica qué son las apelaciones, incluyendo el proceso involucrado en la presentación de una apelación.

**Facturación de saldos**: una situación en la cual un proveedor (por ejemplo, un médico o un hospital) le cobra a un paciente por encima de la cantidad de costo compartido del plan por los servicios. Como miembro de *[insert 2013 plan name*], usted únicamente debe pagar las cantidades de costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Nuestro plan no permite que los proveedores le envíen una “factura de saldos”. Consulte la sección 1.6 *[edit section number as needed:]* del Capítulo 4 para obtener más información acerca de la facturación de saldos.

**Período de beneficio:** *[Modify definition as needed if plan uses benefit periods for SNF stays but not for inpatient hospital stays.]* Es la forma en que [*insert if applicable:* nuestro plan y] Original Medicare mide su uso de servicios de hospital y centros de enfermería especializada (SNF). *[Plans that offer a more generous benefit period, revise the following sentences to reflect the plan’s benefit period.]* Un período de beneficio comienza el día en que usted ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando no ha recibido ninguna atención de internación en el hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días continuos. Si usted ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada después de la finalización de un período de beneficio, un nuevo período comienza. [*Insert if applicable:* Deberá pagar el deducible por internación por cada período de beneficio.] La cantidad de períodos de beneficio no tiene límites.

**Medicamento de marca:** medicamento recetado que fabrica y vende la compañía que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Por otra parte, los medicamentos genéricos son producidos y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, por lo general, no se encuentran disponibles hasta que vence la patente del medicamento de marca.

**Etapa de Cobertura Catastrófica:** etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o coseguro menor por sus medicamentos después de que usted u otras personas autorizadas en su nombre hayan gastado $[*insert TrOOP amount*] en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica como ponerse en contacto con los CMS.

**Coseguro:** Una cantidad que usted podría llegar a pagar como su parte del costo de los servicios medicamentos recetados [*insert if applicable:* después de pagar los deducibles]. El coseguro suele ser un porcentaje (por ejemplo, 20%)

**Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF):** centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y proporciona una variedad de servicios, entre los que se incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, servicios de patología del lenguaje servicios de evaluación del entorno del hogar.

**Copago:** Es la cantidad que le corresponde pagar del costo de los servicios o suministros como por ejemplo la visita médica, la atención en el hospital como paciente ambulatorio o un medicamento. Por lo general, el copago es una cantidad fija en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, puede que le cobren $10 o $20 por la visita médica o el medicamento recetado.

**Costo compartido**: hace referencia a las cantidades que debe pagar el miembro por los medicamentos o servicios recibidos. [*Insert if plan has a premium:* (Esto se agrega a la prima mensual del plan).] El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) todo monto deducible que un plan puede imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) todo monto de “copago” fijo que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) toda cantidad de "coseguro", un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento que requiere un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

*[Delete if plan does not use tiers:]* **Nivel de costo compartido**: todos los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos cubiertos pertenecen a uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo de su medicamento.

**Determinación de cobertura**: decisión sobre si un medicamento recetado está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que usted debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y en ésta le informan que la receta no está cubierta por su plan, esto no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir al plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este manual, las determinaciones de cobertura se conoce comon “decisiones de cobertura”. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Medicamentos cubiertos:** término que utilizamos para denominar a todos los medicamentos recetados cubiertos por el plan.

**Servicios cubiertos**: término general que utilizamos para denominar a todos los servicios y suministros médicos cubiertos por nuestro plan.

**Cobertura acreditable de medicamentos recetados:** cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que paga, en promedio y como mínimo, lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen esta cobertura cuando son elegibles para Medicare por primera vez, pueden conservarla sin tener que pagar una multa, si más tarde deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

**Cuidado de custodia**: El cuidado de custodia es el cuidado proporcionado en un asilo de ancianos, hospicio u otro centro de asistencia cuando no se requiere atención médica o de enfermería especializada. El cuidado de custodia es atención personal que puede ser proporcionada por personas sin experiencia o capacitación profesional, para ayudarle con las actividades cotidianas como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse de la cama o una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir las actividades que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como colocarse gotas oculares. Medicare no paga por este tipo de cuidado.

**Deducible:** la cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos o las recetas antes de que nuestro plan comience a pagar.

**Darse de baja** o **terminación:** proceso mediante el cual finaliza la membresía con nuestro plan. La terminación puede ser voluntaria (su propia decisión) o involuntaria (no es su propia decisión).

**Tarifa de suministro:** una tarifa que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo por despachar la receta. La tarifa de suministro cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar el medicamento.

**Equipo médico duradero**: determinado equipo médico que es solicitado por su médico para su uso en el hogar. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.

**Emergencia:** una **emergencia médica** ocurre cuando usted, o cualquier otra persona sensata con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de un miembro o la pérdida del funcionamiento de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o problema de salud que empeora rápidamente.

**Atención de emergencia**: servicios cubiertos que son: 1) ofrecidos por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) necesarios para evaluar o estabilizar un problema de salud de emergencia.

**Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación**: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, anexos, o de cobertura opcionales seleccionados, que explican la cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

**Excepción:** tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento no incluido en el Formulario del patrocinador del plan (excepción al Formulario), o recibir un medicamento no preferido en el nivel de costo compartido preferido (excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador del plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el que está solicitando o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (excepción al Formulario).

**Ayuda Adicional:** un programa de Medicare para ayudar a las personas con recursos e ingresos limitados a pagar por los costos de la cobertura de medicamentos recetados, tales como las primas, los deducibles y el coseguro.

**Medicamento genérico**: medicamento recetado que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) determina que tiene el/los mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” funciona de la misma manera que un medicamento de marca y con frecuencia tiene un costo inferior.

**Queja formal:** tipo de queja que realiza sobre nosotros o uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red, incluida una queja relacionada con la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye disputas sobre pagos o coberturas.

**Asistente para el cuidado de la salud en el hogar**: proporciona servicios que no requieren la experiencia de un enfermero o terapeuta autorizado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los asistentes para el cuidado de la salud en el hogar no cuentan con una licencia de enfermería ni proporcionan un servicio de terapia.

**Internación hospitalaria**: una estadía en el hospital cuando la persona fue admitida formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente "ambulatorio".

**Límite de cobertura inicial:** límite máximo de cobertura dentro de la Etapa de Cobertura Inicial.

**Etapa de Cobertura Inicial:** es la etapa [*insert if applicable:* después de alcanzar el deducible y] antes de que sus gastos totales de medicamentos alcancen los $[*insert initial coverage limit*], incluyendo las cantidades que usted pagó y lo que nuestro plan pagó en su nombre.

**Período inicial de inscripción:** cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período de tiempo en que puede inscribirse para la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para la Parte B cuando cumple 65 años, su Período inicial de inscripción es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65, incluye el mes en que cumple 65, y finaliza 3 meses después de que cumple 65.

**Plan Institucional de Necesidades Especiales (SNP):** un plan de necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que residen o se prevé que residan durante 90 días consecutivos o más en un centro de cuidado a largo plazo (LTC). Estos centros de LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), un SNF/NF, un centro de cuidados intermedios para personas con retraso mental (ICF/MR) y/o un centro psiquiátrico para pacientes internos. Un Plan Institucional de Necesidades Especiales que presta servicios a residentes de centros de LTC que cuentan con Medicare debe tener un contrato con (o ser propietario y administrar) el centro específico de LTC.

**Plan Equivalente Institucional de Necesidades Especiales (SNP):** un plan institucional de necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero requieren un nivel institucional de atención médica según la evaluación del Estado. La evaluación debe ser llevada a cabo mediante la misma herramienta de evaluación del nivel de atención respectivo del Estado y por una entidad distinta a la organización que ofrece el plan. El tipo de Plan de Necesidades Especiales podría limitar la inscripción a personas que residen en un centro de vivienda asistida (ALF) bajo contrato si fuera necesario para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

**Multa por inscripción tardía:** monto que se agrega a la prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare, si permanece sin cubierta acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio y como mínimo, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare), durante un período de 63 días consecutivos o más. Este monto más elevado lo pagará mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, las normas de la multa por inscripción tardía no se aplican a usted. Si recibe Ayuda Adicional, usted no paga la multa, incluso si permanece sin una cobertura “acreditable” de medicamentos recetados.

**Lista de medicamentos recetados (Formulario o “Lista de medicamentos”):** lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye medicamentos de marca y genéricos.

**Subsidio por bajos ingresos (LIS):** consulte “Ayuda Adicional.”

*[POS plans may revise this definition as needed to describe the plan’s MOOP(s):]* **Cantidad máxima de gasto directo de su bolsillo:** el cantidad máxima que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos de la red [*insert if applicable:* de las Partes A y B]*. [Plans without a premium revise the following sentence as needed:]* Las cantidades que usted paga por las primas de su plan, las primas de las Partes A y B de Medicare y los medicamentos recetados no se tendrán en cuenta para su cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo. [*Plans with service category MOOPs insert:* Además de la cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo por servicios médicos cubiertos [*insert if applicable:* de las Partes A y B] de la red, también tenemos un cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo para determinados tipos de servicios.] Consulte el Capítulo 4, Sección 1.*[insert subsection number]* para obtener información acerca de la cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo.

**Medicaid (o Asistencia médica):** programa conjunto federal y estatal que proporciona ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos o recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica estarán cubiertos si es elegible para Medicare y Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

**Indicación médicamente aceptada**: el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o respaldado por determinados libros de referencia. Consulte la Sección 5 del Capítulo 4 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada.

**Necesario por razones médicas**: los servicios, suministros y medicamentos necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su problema de salud y que cumplen con los estándares aceptados de la buena práctica médica.

**Medicare**: programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas incapacidades y personas que padecen Enfermedad Renal Terminal (por lo general, las personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original *[insert only if there is a cost plan in your service area: ,*un Plan de Costos de Medicare,] [*insert only if there is a PACE plan in your state:* un plan PACE,] o un Plan Medicare Advantage.

**Período de terminación de Medicare Advantage:** momento establecido cada año en que los miembros en un plan Medicare Advantage pueden terminar su inscripción al plan y cambiar a Medicare Original. El Período de terminación de Medicare Advantage se extiende desde el 1 de enero hasta el 14 de febrero de 2013.

**Plan Medicare Advantage (MA):** también llamado plan Medicare Parte C. Es un plan ofrecido por una empresa privada que realiza un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser un HMO, PPO, un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o un Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Cuando está inscrito en una Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare se cubren a través del plan y no se pagan dentro de Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se conoce comon **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todas las personas que tienen las Partes A y B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se proporcione en su área, excepto las personas con Enfermedad Renal Terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

*[Insert cost plan definition only if you are a Medicare Cost Plan or there is one in your service area:* **Plan de Costos de Medicare**: un Plan de Costos de Medicare es un plan administrado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (CMP) de conformidad con el contrato de reembolso de costos de la sección 1876(h) de la Ley.]

**Programa de Medicare de descuentos durante la etapa de brecha en la cobertura:** programa que proporciona descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D a las personas inscritas en la Parte D que han alcanzado el Período de Brecha en la Cobertura y que aún no reciben “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría de los medicamentos de marca, pero no todos, tienen un descuento.

**Servicios cubiertos de Medicare**: servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluyendo nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare.

**Plan de salud de Medicare:** un plan médico de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de las Partes A y B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye a todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Programas de demostración/piloto y los Programas de atención integral para personas de la tercera edad (PACE).

**Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D):** seguro que ayuda a los pacientes ambulatorios a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos artículos que no están cubiertos por las Partes A o B de Medicare.

**Póliza “Medigap” (Seguro suplementario a Medicare)**: seguro suplementario a Medicare vendido por compañías aseguradoras privadas para cubrir “brechas” en el Medicare Original. Las pólizas Medigap solamente funcionan con el plan Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

**Miembro (miembro de nuestro Plan o “*miembro del plan*”):** persona que cuenta con Medicare y que es elegible para recibir los servicios cubiertos, cuya inscripción a nuestro plan está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

**Servicios para Miembros:** departamento incluido en nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre inscripciones, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para Miembros.

**Farmacia de la red:** una farmacia de la red es una farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos recetados. Las denominamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos están cubiertos sólo si se despachan en una de las farmacias de nuestra red.

**Proveedor de la red**: término general que se utiliza para denominar a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y demás centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los denominamos “**proveedores de la red**” cuando [*insert if appropriate:* tienen un acuerdo con nuestro plan y] aceptan nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, coordinan y proporcionan servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red según el acuerdo que tenga con ellos o si dichos proveedores están de acuerdo con proporcionar servicios cubiertos por el plan. También se los puede denominar “proveedores del plan”.

*[Include this definition only if plan has preferred and non-preferred pharmacies:* **Farmacia no preferida de la red:** una farmacia de la red que ofrece [*insert if applicable:* una provisión a largo plazo de] medicamentos cubiertos a miembros de nuestro plan a niveles superiores de costo compartido que los que se aplican en una farmacia preferida de la red.]

*[Include if applicable:* **Beneficios suplementarios opcionales:** beneficios no cubiertos por Medicare que se pueden adquirir por una prima adicional y no están incluidos en su paquete de beneficios. Si elige tener beneficios suplementarios opcionales, es posible que deba pagar una prima adicional. Para obtener los Beneficios suplementarios opcionales, debe elegirlos de manera voluntaria.]

**Determinación de la organización:** la organización Medicare Advantage, realiza una determinación de la organización cuando ésta, o uno de sus proveedores, toma una decisión sobre los servicios cubiertos o la cantidad a pagar por los mismos. En este manual, las determinaciones de la organización se conoce comon “decisiones de cobertura”. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Medicare** **Original** (“Medicare tradicional” o Medicare “Pago por servicio”): Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Dentro de Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago de montos determinados por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de salud *que acepte Medicare*. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte del costo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga la parte del costo que a usted le corresponde. Medicare Original consta de dos partes: La Parte A (Seguro hospitalario) y la Parte B (Seguro médico) y se encuentra disponible en todo el territorio de los Estados Unidos.

**Farmacia fuera de la red:** farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Tal como se explica en esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

**Proveedor o centro fuera de la red:** proveedores o centros con quienes no hemos acordado coordinar ni proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red no están empleados, no pertenecen, no operan con nuestro plan ni tienen contrato para ofrecerle servicios médicos cubiertos. E*l uso de proveedores o centros fuera de la red* se explica en el Capítulo 3 de este manual.

**Gastos directos de su bolsillo**: consulte la definición de “costo compartido”. El requisito de costo compartido del miembro de pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también se conocidad como requisito de gastos directos “de su bolsillo”.

*[Insert PACE plan definition only if there is a PACE plan in your state:* **Plan PACE:** un plan PACE (Programa de atención integral para personas de la tercera edad) combina servicios médicos, sociales y cuidado a largo plazo para personas débiles a fin de ayudarlas a mantenerse de manera independiente y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un asilo de ancianos) mientras les sea posible, a la vez que reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.]

**Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.**

**Parte D:** programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Para facilidad de referencia, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como “la Parte D”).

**Medicamentos de la Parte D:** medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte la lista específica de los medicamentos cubiertos en el Formulario). El Congreso excluyó específicamente determinadas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D.

*[Include this definition only if plan has preferred and non-preferred pharmacies*: **Farmacia preferida de la red:** una farmacia que ofrece medicamentos cubiertos a miembros de nuestro plan a niveles inferiores de costo compartido que los que se aplican en una farmacia no preferida de la red.

**Plan Organización de Proveedores Preferidos (PPO)**: es un Plan de Medicare Advantage que dispone de una red de proveedores contratados que acordaron atender a los miembros del plan por el pago de una cantidad específica. Un Plan (PPO) debe cubrir todos los beneficios del plan que se reciben de proveedores tanto dentro como fuera de la red. Los costos compartidos de los miembros generalmente serán más elevados cuando se reciben los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los gastos directos de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre los gastos directos de su bolsillo combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

**Prima:** el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan médico para la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

*[Plans that do not use PCPs omit:]* **[insert as appropriate: *Médico OR Proveedor]* de cuidados primarios (PCP):** es el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. El médico de cuidados primarios es el que se encarga de que reciba la atención necesaria para mantenerse sano. También es la persona que habla con otros médicos y proveedores de salud sobre su atención y lo refiere. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su médico de cuidados primarios antes de ver a cualquier otro médico. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información acerca del [*insert as appropriate:* médico *OR* proveedor].

**Autorización previa**: aprobación anticipada para recibir servicios o determinados medicamentos que pueden figurar o no en nuestro Formulario. *[Plans may delete applicable sentences if it does not require prior authorization for any medical services and/or any drugs.]* Algunos servicios médicos de la red están cubiertos sólo si el médico u otro proveedor de la red obtienen la “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos sólo si el médico u otro proveedor de la red reciben nuestra “autorización previa”. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

**Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO):** un grupo de médicos especializados y otros expertos en el cuidado de la salud pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO en su estado.

**Límites de cantidad:** herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden basarse en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período específico.

**Servicios de rehabilitación**: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

**Área de servicio:** el área geográfica donde su plan acepta miembros si es que limita la inscripción a los miembros que viven en dicha zona. Para los planes que requieren que usted use sus médicos y hospitales, es también el área donde se prestan los servicios médicos (que no sean de emergencia). El plan podría terminar su membresía si usted se muda fuera del área de servicio.

**Atención en un centro de enfermería especializada (SNF):** atención de enfermería especializada y de rehabilitación prestada de manera continuada y a diario en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de dicha atención incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solamente pueden ser brindados por una enfermera licenciada o por un médico.

**Período de inscripción anual:** el momento establecido en que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o regresar a Medicare Original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período de inscripción anual incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe "Ayuda Adicional" con sus costos de medicamentos recetados, si se muda a un asilo de ancianos, o si violamos nuestro contrato con usted.

**Plan de Necesidades Especiales:** tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más focalizada para grupos de personas específicos, por ejemplo, quienes tienen Medicare y Medicaid, quienes residen en un asilo de ancianos o quienes tienen ciertas enfermedades médicas crónicas.

**Tratamiento escalonado**: herramienta de utilización que le exige probar primero otro medicamento para el tratamiento de un problema de salud antes de cubrir el medicamento que su médico le recetó en primer lugar.

**Ingreso Suplementario del Seguro (SSI)**: beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años con bajos recursos e ingresos. Los beneficios del SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

**Atención de urgencia**: La atención de urgencia es proporcionada para tratar una enfermedad, lesión o enfermedad imprevista pero no de emergencia que requiere atención médica inmediata. La atención de urgencia puede ser proporcionada por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no se encuentran disponibles.

*[This is the back cover for the EOC. Plans may add a logo and/or photographs, as long as these elements do not make it difficult for members to find and read the plan contact information.]***Servicios para Miembros de *[Insert 2013 plan name]***

|  |  |
| --- | --- |
| **LLAME** | [*Insert phone number(s)*]  Las llamadas a este número son gratis. [*Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.*]  Los Servicios para Miembros también tienen servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | [*Insert number*]  *[Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. [*Insert days and hours of operation.*] |
| **FAX** | *[Optional:* *insert fax number*] |
| **ESCRIBA A** | [*Insert address*]  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | [*Insert URL*] |

**[*Insert state-specific SHIP name*] *[If the SHIP’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]* SHIP)*]***  
  
[*Insert state-specific SHIP name*] es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud local a las personas con Medicare.

*[Plans with multi-state EOCs revise heading and sentence above to use “State Health Insurance Assistance Program,” omit table, and reference exhibit or EOC section with SHIP information.]*

|  |  |
| --- | --- |
| **LLAME** | [*Insert phone number(s)*] |
| **TTY** | [*Insert number, if available. Or delete this row.*]  *[Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz.] |
| **ESCRIBA A** | [*Insert address*] |
| **SITIO WEB** | [*Insert URL*] |