

Evidencia de Cobertura

1 de enero de 2012 - 31 de diciembre de 2012

Physicians Health Choice Select (HMO SNP)

H4527-0015

De Enero 1 a Diciembre 31 de 2012

Evidencia de Cobertura:

Sus servicios y beneficios médicos de Medicare, y la cobertura para medicamentos recetados como miembro de nuestro plan.

Este folleto le brinda los detalles sobre su cobertura de atención médica de Medicare y de los medicamentos recetados, de Enero 1 a Diciembre 31 de 2012. Explica cómo obtener la atención médica y los medicamentos recetados que usted necesita estén cubiertos. Constituye un documento legal importante. Consérvelo en un sitio seguro.

Este plan, Physicians Health Choice Select (HMO SNP), es ofrecido por PHYSICIANS HEALTH CHOICE OF TEXAS LLC. (En esta **Evidencia de Cobertura** los términos “nosotros”, “nos” o “nuestra/o”, hacen referencia a PHYSICIANS HEALTH CHOICE OF TEXAS LLC. Los términos “el plan” o “nuestro plan”, se refieren a Physicians Health Choice Select (HMO SNP)).

Los planes UnitedHealthcare® son planes de Medicare Advantage asegurados por UnitedHealthcare Insurance Company y sus compañías afiliadas, un plan de atención coordinada con un contrato de Medicare Advantage y un contrato con el programa estatal de Medicaid.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente a la línea gratuita 1-866-550-4736 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). El horario es de Octubre 15 a Marzo 1: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los 7 días de la semana; de Marzo 2 a Octubre 14: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes. El Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de intérpretes de idiomas disponibles para personas que no hablan español.

Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, las primas y/o los copagos/coaseguro pueden cambiar en Enero 1 de 2013.



Evidencia de Cobertura 2012

Tabla de Contenidos

Esta lista de capítulos y de números de página es sólo el inicio. Para obtener más ayuda en encontrar la información que necesita, consulte la primera página de cada capítulo. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

- Capítulo 1. Empezar como miembro..... 1-1**
Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo utilizar este folleto. Habla de los documentos informativos que le enviaremos, de su prima del plan, de su tarjeta de membresía al plan, y sobre cómo mantener actualizado su archivo de membresía.
- Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 2-1**
Le indica cómo comunicarse con nuestro plan (Physicians Health Choice Select (HMO SNP)) y con otras organizaciones incluyendo a Medicare, al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud [State Health Insurance Assistance Program (SHIP)], a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad [Quality Improvement Organization], al Seguro Social, a Medicaid (el programa estatal de seguro de salud para personas con bajos ingresos), a programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos recetados, y a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios [Railroad Retirement Board].
- Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos 3-1**
Explica cosas importantes que usted necesita saber para obtener su atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen la utilización de proveedores dentro de la red del plan y cómo obtener atención cuando usted tiene una emergencia.
- Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 4-1**
Brinda detalles sobre qué tipos de atención médica están cubiertos y cuáles **no** están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. Indica cuánto pagará usted según su participación en los costos por su atención médica cubierta.
- Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D..... 5-1**
Explica las reglas que se deben seguir cuando usted obtiene sus medicamentos de la Parte D. Explica cómo utilizar la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** del plan para saber qué medicamentos están cubiertos. Dice qué tipos de medicamentos **no** están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que aplican a su cobertura para ciertos medicamentos. Explica dónde obtener sus medicamentos recetados. Habla de los programas del plan para la seguridad en materia de medicamentos y la administración de medicaciones.

Capítulo 6.	Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D.....	6-1
	Habla de las cuatro etapas de cobertura de medicamentos (Etapa de Deducible, Etapa Inicial de Cobertura, Etapa Vacío (Gap) de Cobertura y Etapa de Cobertura Catastrófica) y de cómo estas etapas afectan lo que usted paga por sus medicamentos.	
Capítulo 7.	Solicitarnos que paguemos nuestra participación de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....	7-1
	Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desee pedirnos que le reembolsemos nuestra participación en el costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.	
Capítulo 8.	Sus derechos y responsabilidades	8-1
	Explica los derechos y responsabilidades que usted tiene como miembro de nuestro plan. Dice lo que usted puede hacer si considera que sus derechos no están siendo respetados.	
Capítulo 9.	Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)	9-1
	Le dice paso a paso qué debe hacer si está teniendo problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.	
	<ul style="list-style-type: none">• Explica cómo pedir decisiones de cobertura y hacer apelaciones si usted está teniendo problemas al obtener la atención médica o los medicamentos recetados que usted considera están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a las reglas o a las restricciones adicionales de su cobertura para medicamentos recetados, y pedirnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si usted considera que su cobertura está terminando demasiado pronto.• Explica cómo hacer reclamaciones sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente y otras inquietudes.	
Capítulo 10.	Terminar su membresía al plan	10-1
	Dice cuándo y cómo usted puede terminar su membresía al plan. Explica situaciones en las cuales nuestro plan debe terminar su membresía.	
Capítulo 11.	Notificaciones legales.....	11-1
	Incluye notificaciones sobre la ley aplicable y sobre la no discriminación.	
Capítulo 12.	Definiciones de términos importantes.....	12-1
	Explica los términos clave utilizados en este folleto.	

CAPÍTULO 1: Empezar como miembro

SECCIÓN 1	Introducción.....	2
Sección 1.1	Usted está inscrito a Physicians Health Choice Select (HMO SNP), que es un plan especializado de Medicare Advantage (un Plan para Necesidades Especiales)	2
Sección 1.2	¿De qué trata el folleto Evidencia de Cobertura?.....	2
Sección 1.3	¿Qué le explica este capítulo?.....	3
Sección 1.4	¿Qué sucede si usted es nuevo en el plan?	3
Sección 1.5	Información legal sobre la Evidencia de Cobertura	3
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	4
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad	4
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A y Parte B de Medicare?	4
Sección 2.3	¿Qué es Medicaid?	4
Sección 2.4	Ésta es el área de servicio del plan para Physicians Health Choice Select (HMO SNP)	5
SECCIÓN 3	¿Qué otros documentos informativos recibirá de nosotros?	5
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía al plan – Utilícela para obtener toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos	5
Sección 3.2	El Directorio de Proveedores: Su guía de todos los proveedores de la red del plan.....	6
Sección 3.3	El Directorio de Farmacias: Su guía de las farmacias de nuestra red.....	7
Sección 3.4	La Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan.....	7
Sección 3.5	La Explicación de Beneficios (“EOB”, por sus siglas en inglés): Informes con un resumen de los pagos efectuados por sus medicamentos recetados de la Parte D.....	8
SECCIÓN 4	Su prima mensual del plan	8
Sección 4.1	¿Cuál es el monto de su prima del plan?	8
Sección 4.2	¿Podemos cambiarle su prima mensual del plan durante el año?	9
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de membresía al plan.....	9
Sección 5.1	Cómo ayudarnos a tener información exacta sobre usted.....	9
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información médica personal	10
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información médica esté protegida	10
SECCIÓN 7	Cómo funcionan los otros seguros con respecto a nuestro plan.....	10
Sección 7.1	¿Cuál de los planes paga primero cuando usted tiene otro seguro?	10

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito a Physicians Health Choice Select (HMO SNP), que es un plan especializado de Medicare Advantage (un Plan para Necesidades Especiales)
--------------------	--

Usted está cubierto por Medicare y por Medicaid.

- **Medicare** es el programa de seguro médico federal para personas de 65 años de edad o mayores, para algunas personas menores de 65 con ciertas discapacidades, y para personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto federal y estatal del gobierno que brinda ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que usted tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar sus primas y otros costos de Medicare. Otras personas reciben también cobertura para servicios adicionales y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Usted eligió obtener la cobertura de su atención médica y de sus medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, **Physicians Health Choice Select (HMO SNP)**.

Existen distintos tipos de planes de salud de Medicare. **Physicians Health Choice Select (HMO SNP)** es un plan especializado de Medicare Advantage (un “Plan para Necesidades Especiales” de Medicare), lo cual significa que sus beneficios están diseñados para personas que tienen necesidades especiales de atención médica. **Physicians Health Choice Select (HMO SNP)** está especialmente diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia por parte de Medicaid.

Como usted recibe asistencia por parte de Medicaid, usted pagará menos por algunos servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también puede brindarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica y medicamentos recetados que no están habitualmente cubiertos bajo Medicare. Usted recibirá también Ayuda Adicional por parte de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. **Physicians Health Choice Select (HMO SNP)** ayudará a administrar todos estos beneficios para usted, de modo que usted reciba los servicios de atención médica y la asistencia con los pagos a los cuales usted tiene derecho.

Physicians Health Choice Select (HMO SNP) es administrado por una compañía privada. Como todos los planes de salud de Medicare Advantage, este Plan para Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Nos place brindarle cobertura de atención médica de Medicare, incluyendo su cobertura de medicamentos recetados.

Sección 1.2	¿De qué trata el folleto Evidencia de Cobertura?
--------------------	---

Este folleto **Evidencia de Cobertura** le explica cómo puede obtener cobertura para su atención médica y sus medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan. Este folleto le explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

Este plan, **Physicians Health Choice Select (HMO SNP)**, es ofrecido por PHYSICIANS HEALTH CHOICE OF TEXAS LLC. (En esta **Evidencia de Cobertura** los términos “nosotros”, “nos” o “nuestra/o”, hacen referencia a PHYSICIANS HEALTH CHOICE OF TEXAS LLC. Los términos “el plan” o “nuestro plan” se refieren a **Physicians Health Choice Select (HMO SNP)**).

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica, los servicios y los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro del plan.

Sección 1.3 **¿Qué le explica este capítulo?**

Revise el Capítulo 1 de esta **Evidencia de Cobertura** para saber:

- ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?
- ¿Cuál es el área de servicio de su plan?
- ¿Qué documentos informativos recibirá de nosotros?
- ¿Cuál es su prima del plan y cómo puede pagarla?
- ¿Cómo mantener actualizada la información de su registro de membresía?

Sección 1.4 **¿Qué sucede si usted es nuevo en el plan?**

Si usted es un miembro nuevo, es importante que se entere de cómo funciona el plan, cuáles son las reglas y qué servicios están disponibles para usted. Le invitamos a que se tome el tiempo de examinar este folleto **Evidencia de Cobertura**.

Si está preocupado o confundido, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Servicio al Cliente de nuestro plan (la información de contacto se encuentra en la contraportada de este folleto).

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

Forma parte de nuestro contrato con usted.

Esta **Evidencia de Cobertura** forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo el plan cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) y las notificaciones que reciba de nosotros sobre cambios a su cobertura o condiciones que pueden afectar su cobertura. Estas notificaciones se denominan, en ocasiones, “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tendrá vigencia durante los meses en que usted esté inscrito en el plan entre Enero 1 de 2012 y Diciembre 31 de 2012.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan cada año. Usted puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solamente si elegimos seguir ofreciendo el plan ese año y si los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid renuevan su aprobación de nuestro plan.

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 dentro de nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.4 a continuación describe nuestra área de servicio).
- – y – tiene derecho a la Parte A de Medicare.
- – y – está inscrito a la Parte B de Medicare.
- – y – no tiene Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), con limitadas excepciones, por ejemplo si usted desarrolla una ESRD cuando ya es miembro de un plan que ofrecemos, o era miembro de otro plan que fue suprimido.
- – y – cumple con los requisitos especiales de elegibilidad descritos a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad a nuestro plan.

- Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto federal y estatal del gobierno que brinda ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, usted debe ser elegible a la asistencia de Medicare para la participación en los costos bajo Medicaid.

Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y Parte B de Medicare?

Cuando se inscribió inicialmente a Medicare, usted recibió información acerca de cómo obtener la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde que:

- La Parte A de Medicare generalmente cubre servicios proporcionados por proveedores institucionales como hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria.
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (tales como servicios del médico y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (tales como Equipo Médico Durable y suministros).

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal del gobierno que brinda ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y cuál es el costo de los servicios. Los estados también puede decidir cómo administran su programa, siempre que cumplan con las directivas federales.

Además, existen programas ofrecidos por Medicaid para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos programas ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

Beneficiario Calificado de Medicare [Qualified Medicare Beneficiary (QMB)]: Ayuda a pagar las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare, y otras participaciones en los costos (como deducibles, coseguro y copagos).

Sección 2.4 Ésta es el área de servicio del plan para Physicians Health Choice Select (HMO SNP)

Aunque Medicare es un programa federal, nuestro plan sólo está disponible para individuos que viven en nuestra área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, usted debe seguir viviendo en esta área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.


Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Cameron, Hidalgo, Willacy.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el Servicio al Cliente. Cuando usted se mude, dispondrá de un Período especial de inscripción que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse a un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros documentos informativos recibirá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía al plan – Utilícela para obtener toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de membresía a nuestro plan cuando reciba cualquier servicio cubierto por este plan y para obtener medicamentos recetados en farmacias de la red. **IMPORTANTE:** Si usted tiene Medicare y la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas [Texas Medicaid Health and Human Services Commission] (Medicaid), asegúrese de presentar su tarjeta de membresía junto con su tarjeta de identificación de la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid) cada vez que accede a servicios. Esto ayudará a que su proveedor facture correctamente. A continuación una muestra de la tarjeta de membresía para mostrarle cómo será la suya:

	Physicians Health Choice™	2012 Total HMO
Issuer: 80840		Co-pays
ID #: 123456-01		PCP: \$ 5
Name: Jane Doe		Specialist: \$ 10
PCP: Jones, Frank MD		ER: \$ 100
PCP Phone: 555 987 6543		Urgent Care: \$ 25
RxBIN: 610097	MedicareRx	
RxPCN: 9999	Prescription Drug Coverage	
RxGrp: PHC		Contract: H4527-014

Customer Service: 1-866-550-4736 (TTY/TDD: 711)	
Monday - Friday, 8am - 8pm	
www.PHCcares.com	
You are responsible for the cost of unauthorized, out-of-network charges. In the event of an emergency, go to the nearest emergency room or call 911 and notify your PCP within 24 hours. You have worldwide emergency coverage.	
Hospital Admission Notification: 1-877-299-7213	
Submit claims to:	Submit pharmacy claims to:
Physicians Health Choice	Prescription Solutions
Attn: Claims	P.O. Box 29045
P.O. Box 29429	Hot Springs, AR 71903
San Antonio, TX 78229	Help Desk: 1-877-889-6481
THIS CARD IS NOT A GUARANTEE OF ELIGIBILITY	

Mientras sea miembro de nuestro plan, **no deberá utilizar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener servicios médicos cubiertos (excepto para ensayos clínicos de rutina y servicios en un centro de cuidados paliativos). Conserve su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro por si la necesita posteriormente.

Esto es muy importante por lo siguiente: Si utiliza su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía al plan para recibir los servicios cubiertos mientras es miembro del plan, es posible que usted deba pagar el costo total.

Si su tarjeta de membresía al plan se estropea, se pierde o es robada, comuníquese de inmediato con el Servicio al Cliente y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2	El Directorio de Proveedores: Su guía de todos los proveedores de la red del plan
--------------------	--

Cada año que sea miembro de nuestro plan, le enviaremos un nuevo **Directorio de Proveedores** o una actualización de su **Directorio de Proveedores**. Este directorio enumera nuestros proveedores de la red. El directorio también puede indicar qué proveedores participan en la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid). Usted puede consultar a cualquier proveedor que se encuentre en el directorio para recibir servicios cubiertos del plan, incluso si dicho proveedor no participa en la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid). Comuníquese con su Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid) para más información sobre los proveedores participantes de la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid).

¿Qué son “proveedores de la red”?

Proveedores de la red son médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago en su totalidad. Hemos concertado que estos proveedores proporcionen servicios cubiertos a miembros en nuestro plan.

¿Por qué necesita saber qué proveedores hacen parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores hacen parte de nuestra red porque, salvo limitadas excepciones, mientras usted sea miembro de nuestro plan deberá utilizar proveedores de la red para obtener su atención y sus servicios médicos. Las únicas excepciones son emergencias, atención médica urgente cuando la red no está disponible (generalmente cuando está fuera del área), servicios de diálisis fuera del área, y casos en los cuales nuestro plan autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (**Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos**) para información más específica sobre cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene su copia del **Directorio de Proveedores**, puede obtener una a través del Servicio al Cliente. Puede solicitar al Servicio al Cliente que le brinde más información sobre nuestros proveedores de la red, incluyendo sus títulos profesionales. Usted puede igualmente buscar información de proveedores en nuestro sitio de Internet. Tanto el Servicio al Cliente como el sitio de Internet pueden brindarle la más reciente información sobre los cambios en nuestros proveedores de la red. (Puede encontrar la información de nuestro sitio de Internet y de nuestros teléfonos en el Capítulo 2 de este folleto).

Sección 3.3 El Directorio de Farmacias: Su guía de las farmacias de nuestra red

Cada año que usted sea miembro de nuestro plan, le enviaremos un nuevo Directorio de Farmacias o una actualización de su Directorio de Farmacias. Este directorio enumera nuestras farmacias de la red.

¿Qué son “farmacias de la red”?

Nuestro **Directorio de Farmacias** le proporciona una lista de nuestras farmacias de la red: esto significa que son todas las farmacias que han acordado suministrar medicamentos recetados cubiertos a los miembros de nuestro plan.

¿Por qué necesita saber acerca de las farmacias de la red?

Usted puede utilizar el **Directorio de Farmacias** para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Incluye igualmente un listado de cadenas nacionales de farmacias que están en nuestra red. Esto es importante porque, salvo limitadas excepciones, usted debe adquirir sus medicamentos recetados en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan cubra (le ayude a pagar) estos medicamentos.

Si no tiene el **Directorio de Farmacias**, puede obtener una copia a través del Servicio al Cliente (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este folleto). En cualquier momento puede llamar al Servicio al Cliente para obtener la información más reciente sobre cambios en nuestra red de farmacias. También puede obtener esta información en nuestro sitio de Internet en www.PHCcares.com.

Sección 3.4 La Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan

El plan tiene una **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)**. Para abreviar la llamamos “Lista de Medicamentos”. Éste indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por nuestro plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo conformado por médicos y farmacéuticos. La lista debe satisfacer los requerimientos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos del plan.

Además de los medicamentos cubiertos de la Parte D, ciertos medicamentos recetados están cubiertos para usted bajo sus beneficios de Medicaid. La Lista de Medicamentos le indica cómo averiguar qué medicamentos están cubiertos bajo Medicaid.

La Lista de Medicamentos también le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le enviaremos una copia de la Lista de Medicamentos. La Lista de Medicamentos que le enviamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos más comúnmente utilizados por nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos otros medicamentos que no están incluidos en la versión impresa de la Lista de Medicamentos. Si uno de sus medicamentos no figura en la Lista de Medicamentos, visite nuestro sitio de Internet o comuníquese con el Servicio al Cliente para averiguar si lo cubrimos o no. Para obtener la más completa y actualizada información sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio de Internet del plan (www.PHCcares.com) o llamar al Servicio al Cliente (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este folleto).

Sección 3.5	La Explicación de Beneficios (“EOB”, por sus siglas en inglés): Informes con un resumen de los pagos efectuados por sus medicamentos recetados de la Parte D
--------------------	---

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarle a entender y a guardar registro de los pagos por sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se llama **Explicación de Beneficios** (“EOB”, por sus siglas en inglés).

La **Explicación de Beneficios** le indica el monto total que ha gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que hemos pagado para cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. El **Capítulo 6 (Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D)** brinda más información sobre la **Explicación de Beneficios** y sobre cómo le puede ayudar a guardar registro de su cobertura de medicamentos.

En cualquier momento usted puede también solicitarnos un resumen de la **Explicación de Beneficios**. Para obtener una copia comuníquese con el Servicio al Cliente.

SECCIÓN 4 **Su prima mensual del plan**

Sección 4.1	¿Cuál es el monto de su prima del plan?
--------------------	--

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan a menos que califique para recibir Ayuda Adicional con los costos de sus medicamentos recetados. Usted no paga una prima mensual del plan (prima del plan de medicamentos recetados) si califica para Ayuda Adicional. Las personas con Medicare y Medicaid automáticamente califican para Ayuda Adicional. Para 2012, la prima mensual de nuestro plan es de \$17.80.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

Como se explicó en la Sección 2 anterior, para ser elegible a volverse miembro de nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad a la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid), tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito a la Parte B de Medicare. Para la mayoría de miembros de **Physicians Health Choice Select (HMO SNP)**, la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid) paga por la prima de la Parte A (si usted no califica para esto automáticamente) y de la Parte B. Si usted recibe beneficios por parte de la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid), puede estar exento de pagar las primas de Medicare. Si usted no es elegible para recibir beneficios por parte de la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid), puede que deba pagar las primas de la Parte A y de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare por usted, usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

- Su copia de **Medicare y Usted 2012** le informa acerca de estas primas en la sección “Costos de Medicare 2012”. Explica cómo las primas de la Parte B difieren según los ingresos de las personas.
- Cada persona con Medicare recibe una copia de **Medicare y Usted** cada año en otoño. Las nuevas personas con Medicare lo reciben dentro del mes siguiente a su inscripción. Usted puede

también descargar una copia de **Medicare y Usted 2012** del sitio de Internet de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O puede solicitar una copia impresa 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 4.2 ¿Podemos cambiarle su prima mensual del plan durante el año?

No. No nos está permitido modificar el monto que cobramos por una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo indicaremos en Septiembre y el cambio entrará en vigencia a partir de Enero 1.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía al plan

Sección 5.1 Cómo ayudarnos a tener información exacta sobre usted

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción, incluidos su dirección y número de teléfono. El registro muestra la cobertura específica de su plan, incluido su Proveedor de Atención Primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores dentro de la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos para usted.** Por esta razón es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos de los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número telefónico.
- Cambios en otra cobertura de seguro médico que pueda tener (por ejemplo de su empleador, del empleador de su cónyuge, de accidentes de trabajo [Workers' Compensation] o de Medicaid).
- Si tiene demandas en responsabilidad como las que resultan de accidentes automovilísticos.
- Si es admitido en un centro de convalecencia para personas mayores.
- Si la persona que usted designó como su responsable (por ejemplo, su proveedor de cuidados) cambia.
- Si usted participa en un ensayo clínico.

Si cualquiera de estos datos cambia, infórmenos llamando al Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Lea en su totalidad la información que le enviamos acerca de cualquier otra cobertura de seguro que usted tenga.

Medicare requiere que obtengamos de usted la información acerca de cualquier otra cobertura de seguro de atención médica o medicamentos que usted tenga. La razón es que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios bajo nuestro plan. (Para más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otros seguros, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez cada año, le enviaremos una carta que enumera toda otra cobertura de seguro de atención médica o de medicamentos de la cual tengamos conocimiento. Lea esta información cuidadosamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no esté nombrada, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historial médico y de su información médica personal. Nosotros protegemos su información médica personal de acuerdo con dichas leyes.

Para más información acerca de cómo protegemos su información médica personal, consulte el Capítulo 8, Sección 1.4 de este folleto.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan los otros seguros con respecto a nuestro plan

Sección 7.1 ¿Cuál de los planes paga primero cuando usted tiene otro seguro?

Cuando usted dispone de otro seguro (como la cobertura de salud grupal de su empleador), existen reglas establecidas por Medicare para determinar si es nuestro plan o su otro seguro el que paga primero. El seguro que paga primero se llama “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado “pagador secundario”, sólo paga si existen costos que la cobertura primaria no haya cubierto. El pagador secundario puede no pagar la totalidad de los costos no cubiertos.

Estas reglas aplican para la cobertura de los planes de salud grupal de empleadores o de sindicatos:

- Si usted tiene cobertura por jubilación, Medicare paga en primer lugar.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal está basada en su empleo actual o en el de un miembro de su familia, quién paga en primer lugar depende de su edad, del tamaño de su empleador y del hecho que usted tenga Medicare por edad, por discapacidad o por Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):
 - Si usted tiene menos de 65 años y está discapacitado, y si usted o su familiar siguen trabajando, su plan paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si por lo menos uno de los empleadores dentro de un plan de empleador múltiple tiene más de 100 empleados.
 - Si usted tiene más de 65 años y sigue trabajando o si su cónyuge sigue trabajando, el plan paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos uno de los empleadores dentro de un plan de empleador múltiple tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará en primer lugar durante los primeros 30 meses de adquirida su elegibilidad a Medicare.

Estos tipos de cobertura habitualmente pagan en primer lugar por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro contra todo riesgo [No-Fault] (incluyendo seguro de automóvil).
- Seguro de responsabilidad civil [Liability] (incluyendo seguro de automóvil).
- Beneficios ligados a la enfermedad de pulmón negro.
- Seguro de accidentes de trabajo [Workers' Compensation].

La Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid) y TRICARE nunca pagan en primer lugar por servicios cubiertos por Medicare. Sólo pagan después de Medicare, de los planes de salud grupal de empleadores y/o de Medigap.

Si usted dispone de otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas acerca de quién paga en primer lugar o necesita actualizar la información relativa a su otro seguro, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono están indicados en la contraportada de este folleto). Puede ser necesario que usted proporcione su número de identificación como miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez haya confirmado la identidad de éstas) para que sus facturas sean pagadas de modo correcto y oportuno.

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de Physicians Health Choice Select (HMO SNP) (cómo contactarnos, incluyendo cómo comunicarse con el Servicio al Cliente del plan)	2
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	8
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud [State Health Insurance Assistance Program] (información y ayuda gratuitas y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	10
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad [Quality Improvement Organization] (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para las personas con Medicare)	10
SECCIÓN 5	Seguro Social	11
SECCIÓN 6	Medicaid (programa conjunto federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)	12
SECCIÓN 7	Información sobre programas para ayudar a personas a pagar sus medicamentos recetados	20
SECCIÓN 8	Cómo contactar la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios [Railroad Retirement Board].	22
SECCIÓN 9	¿Tiene “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?.....	23

SECCIÓN 1 Contactos de Physicians Health Choice Select (HMO SNP)
(cómo contactarnos, incluyendo cómo comunicarse con el Servicio al Cliente del plan)

Cómo contactar con nuestro Servicio al Cliente del plan.

Si necesita ayuda con preguntas acerca de peticiones, facturación o tarjeta de membresía, comuníquese o escriba al Servicio al Cliente del plan. Con gusto le atenderemos.

Servicio al Cliente.	
LLAME	1-866-550-4736 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de Octubre 15 a Marzo 1: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los 7 días de la semana; de Marzo 2 a Octubre 14: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes. El Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY/TDD	711 Este número requiere equipo de telefonía especial y es sólo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de Octubre 15 a Marzo 1: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los 7 días de la semana; de Marzo 2 a Octubre 14: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes.
ESCRIBA	PHYSICIANS HEALTH CHOICE OF TEXAS LLC. Attn: Customer Service Department PO Box 690670 San Antonio, TX 78269-0670
SITIO DE INTERNET	www.PHCcares.com

Cómo contactarnos cuando esté solicitando una decisión de cobertura de su atención médica.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y a su cobertura, o con respecto al monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (**Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisiones de cobertura.

Decisiones de cobertura para atención médica.	
LLAME	1-866-550-4736 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de Octubre 15 a Marzo 1: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los 7 días de la semana; de Marzo 2 a Octubre 14: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes.
TTY/TDD	711 Este número requiere equipo de telefonía especial y es sólo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de Octubre 15 a Marzo 1: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los 7 días de la semana; de Marzo 2 a Octubre 14: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes.
FAX	1-866-331-4362
ESCRIBA	PHYSICIANS HEALTH CHOICE OF TEXAS LLC. Attn: Organization Determinations PO Box 690670 San Antonio, TX 78269-0670
SITIO DE INTERNET	www.PHCcares.com

Cómo contactarnos cuando usted hace una apelación sobre su atención médica.

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para más información sobre cómo hacer una apelación en relación con su atención médica, consulte el Capítulo 9 (**Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**).

Cómo contactarnos cuando usted hace una reclamación sobre su atención médica.

Usted puede hacer una reclamación sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores de la red, incluso por cuestiones relacionadas con la calidad de su atención. Este tipo de reclamación no está relacionado con disputas sobre cobertura o sobre pagos. (Si su problema tiene que ver con la cobertura o con los pagos del plan, consulte la sección siguiente sobre cómo hacer una apelación).

Para más información sobre cómo hacer una reclamación en relación con su atención médica, consulte el Capítulo 9 (**Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**).

Apelaciones y reclamaciones para atención médica.	
LLAME	<p>1-866-550-4736</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención: de Octubre 15 a Marzo 1: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los 7 días de la semana; de Marzo 2 a Octubre 14: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes.</p> <p>Para apelaciones y reclamaciones rápidas/aceleradas sobre atención médica: 1-866-974-5188</p> <p>Horario de atención: de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Hora del Centro, de lunes a viernes.</p>
TTY/TDD	<p>711</p> <p>Este número requiere equipo de telefonía especial y es sólo para personas con dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención: de Octubre 15 a Marzo 1: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los 7 días de la semana; de Marzo 2 a Octubre 14: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes.</p>
FAX	<p>Para apelaciones y reclamaciones rápidas/aceleradas solamente:</p> <p>1-877-757-8889</p>
ESCRIBA	<p>PHYSICIANS HEALTH CHOICE OF TEXAS LLC. Attn: Appeals Department 5800 Northwest Parkway #125 San Antonio, TX 78249</p>
SITIO DE INTERNET	<p>www.PHCcares.com</p>

Cómo contactarnos cuando esté solicitando una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y de su cobertura, o acerca del monto que pagaremos por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura relacionadas con sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (**Qué hacer si tiene un problema o reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**).

Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.	
LLAME	1-866-550-4736 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de Octubre 15 a Marzo 1: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los 7 días de la semana; de Marzo 2 a Octubre 14: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes.
TTY/TDD	711 Este número requiere equipo de telefonía especial y es sólo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de Octubre 15 a Marzo 1: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los 7 días de la semana; de Marzo 2 a Octubre 14: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes.
FAX	1-866-331-4362
ESCRIBA	PHYSICIANS HEALTH CHOICE OF TEXAS LLC. Attn: Part D Coverage Determinations Department PO Box 690670 San Antonio, TX 78269-0670
SITIO DE INTERNET	www.PHCcares.com

Cómo contactarnos cuando usted hace una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.

Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para más información acerca de cómo hacer una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (**Qué hacer si tiene un problema o reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**).

Cómo contactarnos cuando usted hace una reclamación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.

Usted puede hacer una reclamación sobre nosotros o sobre una de nuestras farmacias de la red, incluyendo una reclamación con respecto a la calidad de su atención. Este tipo de reclamaciones no incluye disputas de cobertura o pago. (Si su problema tiene que ver con la cobertura o el pago del plan, usted debe consultar la sección siguiente sobre cómo presentar una apelación). Para más información sobre cómo hacer una reclamación en relación con sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (**Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**).

Apelaciones y reclamaciones para medicamentos recetados de la Parte D.

LLAME

1-866-550-4736

Las llamadas a este número son gratuitas.

Horario de atención: de Octubre 15 a Marzo 1: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los 7 días de la semana; de Marzo 2 a Octubre 14: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes.

Para apelaciones y reclamaciones rápidas/aceleradas para medicamentos recetados de la Parte D:

1-866-550-4736

Horario de atención: de Octubre 15 a Marzo 1: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los 7 días de la semana; de Marzo 2 a Octubre 14: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes.

TTY/TDD

711

Este número requiere equipo de telefonía especial y es sólo para personas con dificultades para oír o hablar.

Las llamadas a este número son gratuitas.

Horario de atención: de Octubre 15 a Marzo 1: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los 7 días de la semana; de Marzo 2 a Octubre 14: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes.

FAX

Para apelaciones y reclamaciones estándar para medicamentos recetados de la Parte D:

1-866-331-4362

Apelaciones y reclamaciones para medicamentos recetados de la Parte D.	
ESCRIBA	PHYSICIANS HEALTH CHOICE OF TEXAS LLC. Attn: Grievance Coordinator PO Box 690670 San Antonio, TX 78269-0670
SITIO DE INTERNET	www.PHCcares.com

A dónde enviar una solicitud que nos pida pagar por nuestra participación en los costos de atención médica o de un medicamento que usted ha recibido.

Para más información sobre situaciones en las que usted pueda necesitar solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que usted recibió de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (**Solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos**).

Tenga en cuenta que: Si nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (**Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**) para más información.

Solicitudes de pago.	
LLAME	Solicitudes de pago de medicamentos recetados de la Parte D: 1-866-550-4736 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de Octubre 15 a Marzo 1: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los 7 días de la semana; de Marzo 2 a Octubre 14: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes. Solicitudes de peticiones médicas: 1-866-550-4736 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de Octubre 15 a Marzo 1: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los 7 días de la semana; de Marzo 2 a Octubre 14: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes.

Solicitudes de pago.	
TTY/TDD	711 Este número requiere equipo de telefonía especial y es sólo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de Octubre 15 a Marzo 1: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los 7 días de la semana; de Marzo 2 a Octubre 14: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes.
ESCRIBA	Solicitudes de pago de medicamentos recetados de la Parte D: Prescription Solutions PO Box 29045 Hot Springs, AR 71903 Solicitudes de pago de peticiones médicas: PHYSICIANS HEALTH CHOICE OF TEXAS LLC. Attn: Claims PO Box 29429 San Antonio, TX 78229-0429
SITIO DE INTERNET	www.PHCcares.com

SECCIÓN 2 Medicare

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

Medicare es el programa de seguro médico federal para personas de 65 años de edad o mayores, para ciertas personas menores de 65 con discapacidades, y para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (insuficiencia renal permanente que necesita diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados "CMS"). Esta agencia contrata con organizaciones Medicare Advantage, como la nuestra.

Medicare.	
LLAME	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Medicare.	
TTY/TDD	<p>1-877-486-2048</p> <p>Este número requiere equipo de telefonía especial y es sólo para personas con dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
SITIO DE INTERNET	<p>http://www.medicare.gov</p> <p>Éste es el sitio de Internet oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, centros de convalecencia para personas mayores, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Incluye folletos que usted puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar información de contacto de Medicare en su estado seleccionando “Ayuda y soporte” [Help and Support], y luego haciendo clic en “Sitios de Internet y números de teléfono útiles” [Useful Phone Numbers and Websites].</p> <p>El sitio de Internet de Medicare también brinda información detallada sobre su elegibilidad a Medicare y sus opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de elegibilidad a Medicare: Brinda información sobre el estatus de elegibilidad a Medicare. Seleccione “Averigüe si usted es elegible” [Find Out if You’re Eligible]. • Localizador de planes de Medicare: Brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare disponibles, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro suplementario de Medicare) en su área. Seleccione “Planes de salud y de medicamentos” [Health & Drug Plans] y luego “Comparar planes de salud y de medicamentos” [Compare Drug and Health Plans] o “Comparar pólizas Medigap” [Compare Medigap Policies]. Estas herramientas ofrecen un estimado de su posible desembolso personal en distintos planes de Medicare. <p>Si no posee una computadora, su biblioteca local o centro para la tercera edad probablemente pueda ayudarle a visitar el sitio de Internet en una de sus computadoras. O puede llamar a Medicare al número anteriormente mencionado y solicitar la información que está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio de Internet, la imprimirán y se la enviarán.</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud
[State Health Insurance Assistance Program]
(información y ayuda gratuitas y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con asesores entrenados en cada estado. En su estado, el SHIP se denomina Servicios del departamento para la tercera edad y las personas discapacitadas de Texas [Texas Department of Aging and Disability Services].

Su SHIP es independiente (no está relacionado con ningún plan de salud o compañía de seguros). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar orientación local gratuita sobre el seguro médico a personas con Medicare.

Los asesores del SHIP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Le pueden ayudar a entender sus derechos de Medicare, a presentar reclamaciones sobre la atención médica o el tratamiento y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del SHIP pueden también ayudarle a entender sus elecciones de planes de Medicare y a contestar preguntas sobre cambio de planes.

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)	
TX	
Texas Department of Aging and Disability Services.	
LLAME	1-512-438-3011
TTY/TDD	711
	Este número requiere equipo de telefonía especial y es sólo para personas con dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA	701 W. 51st St. Austin, TX 78751
SITIO DE INTERNET	www.dads.state.tx.us

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad
[Quality Improvement Organization]
(pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para las personas con Medicare)

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad para cada estado. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad específica de su estado se enumera a continuación.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Esta organización es pagada por Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una reclamación sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Piensa que la cobertura de su estadía en el hospital finaliza demasiado pronto.
- Piensa que la cobertura de su atención médica domiciliaria, de su atención en un Centro de Enfermería Especializada o los servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) finalizan demasiado pronto.

Quality Improvement Organization (QIO) TX TMF Health Quality Institute.	
LLAME	1-800-725-9216
TTY/TDD	711 Este número requiere equipo de telefonía especial y es sólo para personas con dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA	5918 West Courtyard Drive, Bridgepoint I Suite 300 Austin, TX 78730-5036
SITIO DE INTERNET	www.tmf.org

SECCIÓN 5 Seguro Social

La Administración del Seguro Social tiene la responsabilidad de determinar la elegibilidad y de manejar la inscripción a Medicare. Los ciudadanos de los Estados Unidos que sean de 65 años o mayores, o con discapacidades o Enfermedad Renal en Etapa Terminal y cumplan con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción a Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse a Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción a Medicare. Para solicitar la inscripción a Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

Administración del Seguro Social.	
LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios de teléfono automatizado del Seguro Social las 24 horas del día para obtener información grabada y para gestionar ciertos trámites.
TTY/TDD	1-800-325-0778 Este número requiere equipo de telefonía especial y es sólo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
SITIO DE INTERNET	http://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

(programa conjunto federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. Como miembro de este plan, usted califica para Medicare y para Medicaid. Dependiendo de su estado y de su elegibilidad, Medicaid puede pagar por una empleada del hogar, por atención personal y por otros servicios que Medicare no pague.

Además, existen programas ofrecidos por Medicaid para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos programas ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare [Qualified Medicare Beneficiary (QMB)]:** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare, y otras participaciones en los costos (como deducibles, coaseguro y copagos).
- **Beneficiario Específico con Bajos Ingresos de Medicare [Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB)] e Individuo Calificado [Qualifying Individual (QI)]:** Ayudan a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos Discapacitados Calificados que Trabajan [Qualified Disabled & Working Individuals (QDWI)]:** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, póngase en contacto con la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas [Texas Medicaid Health and Human Services Commission (Medicaid)].

TX Texas Medicaid Health and Human Services Commission.	
LLAME	1-800-252-8263
TTY/TDD	711 Este número requiere equipo de telefonía especial y es sólo para personas con dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA	P.O. Box 200555 Austin, TX 78720
SITIO DE INTERNET	www.hhsc.state.tx.us/medicaid

El Defensor del Paciente les ayuda a las personas inscritas a Medicaid a resolver problemas relacionados con facturación y servicios. Esta oficina puede ayudarle a presentar una queja o una apelación ante nuestro plan.

Programas estatales de Medicaid para la Defensa del Paciente

<p>AL Alabama Department of Senior Services 1-877-425-2243; 1-800-AGELINE (1-800-243-5463) 770 Washington Avenue RSA Plaza Suite 570 Montgomery, AL 36130</p>	<p>AZ Client Advocate, Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) 602-417-4230 801 E. Jefferson Street, MD 3400 Phoenix, AZ 85034 http://www.azahcccs.gov/grievancesappeals/Default.aspx</p>	<p>CA California Office of the Patient Advocate Help Center 1-888-466-2219 980 9th Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725 http://www.opa.ca.gov</p>
<p>CO Ombudsman for Medicaid Managed Care 303-830-3560 1-877 435-7123 303 E. 17th Ave., Suite 105 Denver, CO 80203 help123@Maximus.com</p>	<p>CT Connecticut Office of the Healthcare Advocate 1-866-466-4446 P.O. Box 1543 Harford, CT 06144 http://www.ct.gov/oha</p>	<p>DC Office of the Health Care Ombudsman and Bill of Rights Department of Health Care Finance 1-877-685-6391 healthcareombudsman@dc.gov 899 North Capitol Street, NE, 6th Floor, Room 6101 Washington, DC 20002</p>
<p>FL Florida Department of Financial Services Division of Consumer Services 1-877-693-5236 200 East Gaines Street Tallahassee, FL 32399-0321 http://www.myfloridacfo.com/consumers/</p>	<p>GA DHS Division of Aging Services 2 Peachtree St NW Suite 9-385 Atlanta, GA 30303-3142 1-866-552-4464</p>	<p>HI Hilopa's Family to Family Health Information Center 1-808-791-3467 1319 Punahou St. Room 742 Honolulu, HI 96826 http://hilopaa.org/default.aspx</p>

Programas estatales de Medicaid para la Defensa del Paciente

<p>IA Iowa Citizen's Aide 515-281-3592 1-888-426-6283 TTY/TDD 515-242-5065 ombudsman@legis.state.ia.us Ola Babcock Miller Building 1112 East Grand Des Moines, Iowa 50319 http://www.legis.iowa.gov/Ombudsman/index.html</p>	<p>IL Office of Consumer Health Insurance Illinois Department of Insurance 1-866-455-5364 320 W. Washington Street Springfield, IL 62767 http://www.insurance.illinois.gov/OCHI/office_consumer_health_ins.asp</p>	<p>IN Consumer Services Department Indiana Department of Insurance 1-800-622-4461 311 W. Washington Street, Suite 300 Indianapolis, IN 46204-2787 http://www.in.gov/idoi/2526.htm</p>
<p>MA Office of Patient Protection Massachusetts Health and Human Services 1-800-436-7757 99 Chauncy Street Boston, MA 02111 http://www.mass.gov/dph/opp</p>	<p>MI Office of Health Insurance Consumer Assistance Michigan Office of Financial and Insurance Regulations 1-877-999-6442 P.O. Box 30220 Lansing, MI 48909-7720 www.michigan.gov/ofir</p>	<p>MO Missouri DIFP Attn: Consumer Affairs 1-800-726-7390 P.O. Box 690 Jefferson City, MO 65102-0690 www.insurance.mo.gov</p>
<p>NC Consumer Services Division North Carolina Department of Insurance 1-800-546-5664 430 N. Salisbury St. Raleigh, NC 27603-5926 http://www.ncdoi.com/Consumer/consumer_health.asp</p>	<p>NE Consumer Affairs Division, Nebraska Department of Insurance 1-877-564-7323 TTY/TDD 1-800-833-7352 Terminal Building 941 O Street, Suite 400 Lincoln, Nebraska 68508-3690 http://www.doi.ne.gov/consumer.htm</p>	<p>NJ The Office of Insurance Claims Ombudsman New Jersey Department of Banking and Insurance 1-800-446-7467 P.O. Box 471 Trenton, NJ 08625-0472 http://www.state.nj.us/dobi/division_insurance/index.htm</p>

Programas estatales de Medicaid para la Defensa del Paciente

<p>NM NM Human Services Department's Medical Assistance Division 505-827-3100 1-888-997-2583 MADInfo.HSD@state.nm.us P.O. Box 2348 Santa Fe, NM 87504-2348</p>	<p>NY Department of Health Medicaid Helpline: 1-800-541-2831 Corning Tower Empire State Plaza Albany, NY 12237 http://www.health.state.ny.us/health_care/medicaid/</p>	<p>OH Medicaid Consumer Hotline 1-800-324-8680 TDD 1-800-292-3572 www.jfs.ohio.gov/ohp</p>
<p>PA Pennsylvania Insurance Department Bureau of Consumer Services 1-877-881-6388 Room 1209, Strawberry Square Harrisburg, PA 17120 http://www.insurance.pa.gov</p>	<p>TN Family Assistance Services Center (a part of Department of Human Services) 1-866-311-4287 In Nashville, please dial 743-2000 http://www.tn.gov/humanserv/adfam/afs_fasc.html</p>	<p>TX Texas Health and Human Services Commission Office of the Ombudsman, MC H-700 1-877-787-8999 TDD: 1-888-425-6889 P.O. Box 13247 Austin, Texas 78711-3247 http://www.hhs.state.tx.us/OMB/contact.shtml</p>
<p>VA Virginia Department of Social Services 1-800-552-8627 801 E. Main Street Richmond, VA 23219-2901 http://www.dss.virginia.gov/index.html</p>	<p>WA Washington State Office of the Insurance Commissioner 1-800-562-6900 P.O. Box 40256 Olympia, WA 98504-0256 www.insurance.wa.gov</p>	<p>WI Managed Care Ombudsman 1-800-760-0001 P.O. Box 6470 Madison, WI 53716-0470 http://www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/</p>

El Defensor del Paciente en cuidados prolongados ayuda a obtener información sobre centros de convalecencia para personas mayores y a resolver problemas entre dichos centros y los residentes o sus familias.

Programas estatales para la Defensa del Paciente en cuidados prologados		
<p>AL Alabama Department of Senior Services 1-877-425-2243; 1-800-AGELINE (1-800-243-5463) 770 Washington Avenue RSA Plaza Suite 570 Montgomery, AL 36130</p>	<p>AZ Client Advocate, Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) 602-417-4230 801 E. Jefferson Street, MD 3400 Phoenix, AZ 85034 http://www.azahcccs.gov/grievancesappeals/Default.aspx</p>	<p>CA Long Term Care Ombudsman of California 1-800-231-4024 TTY/TDD 1-800-735-2929 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992 http://www.aging.ca.gov/</p>
<p>CO Legal Center for People with Disabilities and Older People of Colorado 1-800-288-1376 455 Sherman St. #130 Denver, CO 80203 http://www.thelegalcenter.org</p>	<p>CT Long Term Care Ombudsman of Connecticut 1-866-388-1888 TTY/TDD 1-800-842-4524 25 Sigourney Street, Hartford, CT 06106 http://www.ltcop.state.ct.us</p>	<p>DC DC Long-Term Care Ombudsman Program AARP Legal Counsel for the Elderly 202-434-2140 601 E Street NW, T3-232 Washington, DC 20049</p>
<p>FL Long Term Care Ombudsman of Florida 1-888-831-0404 4040 Esplanade Way, Ste 280 Tallahassee, FL 32399-7000 http://www.ombudsman.myflorida.com</p>	<p>GA Office of the State Long-Term Care Ombudsman 1-888-454-LTCO (5826) TTY/TDD 404-657-1929 2 Peachtree St, NW, 9th Floor (mailing address) 2 Peachtree St, NW, 8th Floor (actual address) Atlanta, GA 30303-3142</p>	<p>HI State LTC Ombudsman Executive Office on Aging 1-808-586-0100 No. 1 Capitol District 250 South Hotel St, Suite 406 Honolulu, HI 96813-2831 http://www.hawaiiadrc.org/site/438/long_term_care_ombudsman.aspx</p>

Programas estatales para la Defensa del Paciente en cuidados prologados

<p>IA Iowa Department on Aging Long-Term Care Ombudsman 1-800-532-3213 TTY/TDD 515-725-3302 510 E 12th Street Jessie Parker Building, Ste 2 Des Moines, IA 50319-9025 http://www.aging.iowa.gov/advocacy/ombudsman.html</p>	<p>IL State LTC Ombudsman Department of Aging of Illinois 217-785-3143 421 East Capitol Avenue Suite 100 Springfield, IL 62702-1789 http://www.state.il.us/aging/</p>	<p>IN Division of Aging 1-800-622-4484 402 W. Washington Street P.O. Box 7083, MS21 Room W-454 Indianapolis, IN 46204 http://www.in.gov/fssa/da</p>
<p>MA Executive Office of Elder Affairs of Massachusetts 1-800- 243-4636 TTY/TDD 1-800-872-0166 One Ashburton Place Boston, MA 02108 http://www.800ageinfo.com</p>	<p>MI Michigan Office of Services to the Aging 1-866-485-9393 PO Box 30676 Lansing, MI 48909-8176 http://www.michigan.gov/miseniors</p>	<p>MO State Office of Long-Term Care Ombudsman Program Missouri Department of Health and Senior Services 1-800-309-3282 PO Box 570 Jefferson City, MO 65102-0570 http://health.mo.gov/seniors/ombudsman/</p>
<p>NC North Carolina Division of Aging and Adult Services Long Term Care Ombudsman Program 919-733-8395 2101 Mail Service Center Raleigh, NC 27699-2101 http://www.ncdhhs.gov/aging/ombud.htm</p>	<p>NE Office of the Long-Term Care Ombudsman Dept of Health and Human Services of Nebraska - State Unit on Aging 1-800-942-7830 P.O. Box 95026 Lincoln, NE 68509-5026 http://www.dhhs.ne.gov/ags/ltcombud.htm</p>	<p>NJ State of New Jersey Office of the Ombudsman for the Institutionalized Elderly 1-877-582-6995 P.O. Box 852 Trenton, NJ 08625-0852 http://www.state.nj.us/publicadvocate/seniors/elder/</p>

Programas estatales para la Defensa del Paciente en cuidados prologados		
<p>NM New Mexico Aging & Long Term Services Department 1-800-432-2080 2550 Cerrillos Road Santa Fe, NM 87505-3260 http://www.nmaging.state.nm.us</p>	<p>NY New York State Office of Long Term Care Ombudsman 1-800-342-9871 2 Empire State Plaza Albany, NY 12223 http://www.ltombudsman.ny.gov/</p>	<p>OH Region 1 - Cincinnati Area Serving Butler, Hamilton & Warren counties Pro-Seniors LTCOP 1-800-488-6070 7162 Reading Road, Ste 1150 Cincinnati, OH 45237 www.proseniors.org</p>
<p>OH Region 2 - Dayton Area Serving Clark, Greene & Montgomery, counties 1-800-395-8267 15 E. Fourth St., Suite 208 Dayton, OH 45402 www.dayton-ombudsman.org</p>	<p>OH Region 6 - Columbus Area Serving Franklin & Madison counties 1-800-536-5891 197 E. Gay St. Columbus, OH 43215 www.colscss.org</p>	<p>OH Region 10a - Cleveland Area Serving Cuyahoga county LTCOP 1-800-365-3112 2800 Euclid Ave., Suite 200 Cleveland, OH 44115 www.ltco.org</p>
<p>OH Region 10b - Akron Area Serving Stark & Summit counties LTCOP 1-800-421-7277 1550 Corporate Woods Pkwy. Uniontown, OH 44685</p>	<p>OH Region 11 - Youngstown Area Serving Mahoning county 5555 Youngstown Warren, Ste 2685 Youngstown, OH 44503 1-800-589-5826 www.aaa11.org/ombudsman.asp</p>	<p>PA Office of the State Long-Term Care Ombudsman Department of Aging of Pennsylvania 717-783-8975 555 Walnut Street, 5th floor Harrisburg, PA 17101-1919 http://www.aging.state.pa.us/</p>
<p>TN State Long-Term Care Ombudsman Commission on Aging and Disability of Tennessee 1-877-236-0013 TTY/TDD 615-532-3893 500 Deaderick St Suite 825 Nashville, TN 37243-0860 http://www.state.tn.us/comaging</p>	<p>TX Texas Long-Term Care Ombudsman Program Texas Department of Aging and Disability Services 1-800-252-2412 P. O. Box 149030 MC-W250 Austin, TX 78714-9030</p>	<p>VA Virginia Department for the Aging Office of the State Long-Term Care Ombudsman 1-800-552-3402 24 E. Cary St, Suite 100 Richmond, VA 23219 http://www.elderrightsva.org/default.aspx</p>

Programas estatales para la Defensa del Paciente en cuidados prologados

WA Long Term Care Ombudsman of Washington 1-800-562-6028 1200 South 336th Street P.O. Box 23699 Federal Way, WA 98093 http://www.ltcop.org	WI Board of Aging and Long Term Care of Wisconsin 1-800-815-0015 1402 Pankratz Street Madison, WI 53704-4001 www.longtermcare.wi.gov/ BOALTC@Wisconsin.Gov	
---	--	--

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a personas a pagar sus medicamentos recetados

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare.

Por ser elegible a la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid), usted califica para “Ayuda Adicional” por parte de Medicare para los costos de su plan de medicamentos recetados y la está recibiendo. Usted no debe hacer nada más para recibir esta Ayuda Adicional.

Si tiene preguntas acerca de la Ayuda Adicional, comuníquese:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- Con la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778; o
- Con su oficina estatal de Medicaid. (Consulte la Sección 6 de este capítulo para encontrar la información de contacto).

Si usted cree que está pagando un monto incorrecto de participación en los costos cuando obtiene sus medicamentos recetados en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permitirá solicitar asistencia para obtener pruebas de su nivel adecuado de copago o, en caso de que usted ya tenga dichas pruebas, proporcionárnoslas.

- Comuníquese con el Servicio al Cliente al número indicado en el Capítulo 2, Sección 1. Los representantes de nuestro Servicio al Cliente pueden ayudarle a obtener la corrección de su monto de copago.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestran su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto la próxima vez que obtenga medicamentos recetados en la farmacia. Si usted paga más que su copago, nosotros le reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto que usted pagó de más o lo deduciremos de futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene pendiente como un monto que usted debe, podemos pagarle directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos pagarle directamente al estado. Si tiene preguntas, comuníquese con el Servicio al Cliente.

Programa de Descuento durante el Vacío (Gap) de Cobertura de Medicare [Medicare Coverage Gap Discount Program].

Como usted recibe “Ayuda Adicional” por parte de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, el Programa de Descuento durante el Vacío (Gap) de Cobertura de Medicare no aplica para usted. Usted ya dispone de cobertura para sus medicamentos recetados durante la Etapa de Vacío (Gap) de Cobertura a través del programa de Ayuda Adicional.

Para las personas que no reciben Ayuda Adicional, el Programa de Descuento durante el Vacío (Gap) de Cobertura de Medicare brinda descuentos de fabricantes sobre los medicamentos de marca a los inscritos a la Parte D que han alcanzado el Vacío (Gap) de Cobertura. Estos inscritos también reciben cierta cobertura para medicamentos genéricos. Si tiene preguntas acerca del Programa de Descuento durante el Vacío (Gap) de Cobertura de Medicare, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

¿Qué pasa si usted tiene cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés)?

Si usted está inscrito a un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés), o a cualquier otro programa que brinde cobertura para medicamentos de la Parte D (distinto a la Ayuda Adicional), usted recibe de todos modos el descuento del 50% sobre los medicamentos de marca cubiertos. El descuento del 50% se aplica al precio del medicamento antes de la cobertura del SPAP o de cualquier otra cobertura.

¿Qué pasa si usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos recetados? ¿Puede obtener los descuentos?

La mayoría de nuestros miembros recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos recetados. Si usted recibe “Ayuda Adicional”, el Programa de Descuento durante el Vacío (Gap) de Cobertura de Medicare no aplica para usted. Si recibe Ayuda Adicional, usted ya obtiene cobertura para los costos de sus medicamentos recetados durante el Vacío (Gap) de Cobertura.

¿Qué pasa si usted no recibe un descuento y piensa que lo debería recibir?

Si usted piensa que alcanzó el Vacío (Gap) de Cobertura y que no obtuvo el descuento al pagar un medicamento de marca, revise su próximo informe **Explicación de Beneficios** (EOB, por sus siglas en inglés). Si el descuento no aparece en su **Explicación de Beneficios**, póngase en contacto con nosotros para asegurarse de que su historial de medicamentos recetados está correcto y al día. Si nosotros estimamos que no se le debe un descuento, usted puede presentar una apelación. Puede obtener ayuda para presentar una apelación por parte del Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) (los números de teléfono están en la Sección 3 de este capítulo) o comunicándose al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **1-877-486-2048**.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica [State Pharmaceutical Assistance Programs].

Muchos estados tienen el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que ayuda a ciertas personas a pagar sus medicamentos recetados con base en sus necesidades financieras, su edad o su afección médica. Cada estado tiene reglas distintas para brindar cobertura de medicamentos a sus miembros.

Estos programas brindan ayuda financiera para los medicamentos recetados a las personas mayores o a individuos discapacitados que tengan recursos limitados y estén médicamente necesitados. En su estado, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica son los Servicios del Departamento de Estado para la Salud de Texas, Atención Médica Renal de Texas (KHC, por sus siglas en inglés) [Texas Department of State Health Services, Texas Kidney Health Care (KHC)].

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica [State Pharmaceutical Assistance Programs]	
TX Texas Department of State Health Services, Texas Kidney Health Care (KHC).	
LLAME	1-800-222-3986
TTY/TDD	1-800-735-2989 Este número requiere equipo de telefonía especial y es sólo para personas con dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA	Department of State Health Services, MC 1938, PO Box 149347 Austin, TX 78714
SITIO DE INTERNET	www.dshs.state.tx.us/kidney

SECCIÓN 8 Cómo contactar la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios [Railroad Retirement Board].

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios [Railroad Retirement Board] es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios [Railroad Retirement Board], contacte la agencia.

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios [Railroad Retirement Board].	
LLAME	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponibles de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., de lunes a viernes. Si tiene teléfono de tono, dispone de información grabada y servicios automatizados las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días feriados.

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios [Railroad Retirement Board].	
TTY/TDD	1-312-751-4701 Este número requiere equipo de telefonía especial y es sólo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO DE INTERNET	http://www.rrb.gov

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su grupo empleador o de su grupo de jubilados (o de los de su cónyuge), comuníquese con el administrador de beneficios del empleador/sindicato, o con el Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar por los beneficios de salud y primas de su grupo empleador o de su grupo de jubilados (o de los de su cónyuge), o por el período de inscripción.

Si usted tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su grupo empleador o de su grupo de jubilados (o de los de su cónyuge), póngase en contacto con **el administrador de beneficios de dicho grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo su cobertura actual de medicamentos recetados podrá funcionar con nuestro plan.

CAPÍTULO 3: Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1	Cosas que usted necesita saber para obtener cobertura de su atención médica como miembro de nuestro plan	2
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?	2
Sección 1.2	Reglas básicas para obtener su atención médica cubierta por el plan	2
SECCIÓN 2	Utilizar proveedores dentro de la red del plan para obtener su atención médica	3
Sección 2.1	Usted debe seleccionar un Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que brinde y supervise su atención médica.....	3
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin aprobación previa de su PCP?	4
Sección 2.3	Cómo obtener atención médica de especialistas y otros proveedores de la red.....	5
Sección 2.4	Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red.....	6
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos en caso de que usted tenga una emergencia o necesite atención médica urgente	6
Sección 3.1	Obtener atención si tiene una emergencia médica	6
Sección 3.2	Obtener atención médica urgente cuando usted la necesita	7
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si se le factura directamente por el costo total de sus servicios cubiertos?	8
Sección 4.1	Puede solicitarle al plan el pago de nuestra participación en los costos por sus servicios cubiertos	8
Sección 4.2	¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?.....	8
SECCIÓN 5	¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un “ensayo clínico”?	9
Sección 5.1	¿Qué es un “ensayo clínico”?	9
Sección 5.2	¿Quién paga cuando usted participa en un ensayo clínico?	10
SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa no médica de cuidado de la salud”	11
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica de cuidado de la salud?	11
Sección 6.2	¿Qué atención en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud está cubierta por nuestro plan?	11
SECCIÓN 7	Reglas de propiedad del Equipo Médico Durable.....	12
Sección 7.1	¿Será usted propietario de su Equipo Médico Durable tras efectuar una cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan?	12

SECCIÓN 1 Cosas que usted necesita saber para obtener cobertura de su atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica cosas que usted debe saber sobre la utilización del plan para obtener su cobertura de atención médica. Da definiciones de términos y explica reglas que usted necesitará cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios y otros cuidados médicos que están cubiertos por el plan.

Para los detalles sobre qué atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto paga usted a modo de participación en los costos cuando recibe esta atención, consulte la Tabla de Beneficios en el siguiente capítulo, el 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”?

A continuación algunas definiciones que le pueden ayudar a comprender cómo obtener la atención y los servicios que están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

- **“Proveedores”** son médicos y otros profesionales de atención de la salud acreditados por el estado para proveer atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **“Proveedores de la red”** son médicos y otros profesionales de atención de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su costo compartido como pago en su totalidad. Hemos acordado con estos proveedores que brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red generalmente nos facturan directamente por la atención que le brindan a usted. Cuando usted visita a un proveedor de la red, generalmente sólo paga su participación en el costo por sus servicios.
- **“Servicios cubiertos”** incluye toda la atención médica, y todos los servicios de atención de la salud, suministros y equipos que cubre nuestro plan. Sus servicios de atención médica cubiertos están enumerados en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su atención médica cubierta por el plan

Por ser un plan de salud de Medicare, **Physicians Health Choice Select (HMO SNP)** debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe cumplir con las normas de cobertura de Medicare Original.

El plan generalmente cubrirá su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que usted recibe esté incluida en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que usted recibe sea considerada médicamente necesaria.** “Médicamente necesario(a)” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares admitidos por las prácticas médicas.

- **Usted tenga un Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés) dentro de la red que esté brindando y supervisando su atención.** Como miembro de nuestro plan, usted debe seleccionar un PCP dentro de la red (para más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 en este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, su PCP dentro de la red debe darle aprobación previa antes de que usted pueda utilizar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Esto se llama darle una “remisión”. Para más información sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo.
 - No se requieren remisiones de su PCP para atención de emergencia o atención médica urgente. También hay otros tipos de atención médica que usted puede obtener sin aprobación previa de su PCP (para más información sobre esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo).
- **Usted debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para más información sobre esto, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. **A continuación tres excepciones:**
 - El plan cubre la atención de emergencia o la atención médica urgente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para más información sobre esto, o para averiguar lo que significa atención de emergencia o atención médica urgente, consulte la Sección 3 en este capítulo.
 - Si usted necesita atención médica que Medicare requiere sea cubierta por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden brindar dicha atención, usted puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. En este caso, nosotros cubriremos estos servicios como si hubiese recibido la atención de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener una aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - Los servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Utilizar proveedores dentro de la red del plan para obtener su atención médica

Sección 2.1	Usted debe seleccionar un Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que brinde y supervise su atención médica
--------------------	---

¿Qué es un “PCP” y qué hace el PCP por usted?

¿Qué es un PCP?

El Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés) es un médico de la red que usted selecciona para que le proporcione o coordine sus servicios cubiertos.

¿Qué tipo de proveedores pueden actuar como un PCP?

Por lo general, los PCP son médicos especializados en medicina interna, medicina familiar o medicina general.

¿Cuál es la función de mi PCP?

Su relación con su PCP es importante, ya que su PCP es responsable de sus necesidades de atención médica de rutina, de la coordinación de todos los servicios cubiertos que se le brindan, de llevar su registro médico principal y de asegurar la continuidad de la atención médica. Si usted necesita realizar una consulta con un especialista de la red o con otro proveedor de la red distinto de su PCP, primero debe obtener una remisión de su PCP.

¿Cómo elegir su PCP?

Usted debe seleccionar su PCP del Directorio de Proveedores en el momento de su inscripción.

Dado que su acceso a los especialistas y hospitales de la red se basa en su elección del PCP, si existen médicos u hospitales específicos u otros proveedores que usted desee utilizar, deberá asegurarse de que el PCP pueda remitirlo a dichos proveedores como parte de su proceso de selección.

Para obtener una copia del Directorio de Proveedores más reciente, o para recibir ayuda en la selección de un PCP, comuníquese con el Servicio al Cliente o visite el sitio de Internet indicado en el Capítulo 2 de este folleto para obtener la información más actualizada de nuestros proveedores de la red.

Si usted no selecciona un PCP en el momento de la inscripción, elegiremos uno por usted. Puede cambiar su PCP en cualquier momento. Consulte “Cambiar su PCP” a continuación.

Cambiar su PCP.

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP se retire de la red de proveedores de nuestro plan; en tal caso deberá encontrar un nuevo PCP en nuestro plan.

Si desea cambiar su PCP, comuníquese con el Servicio al Cliente. Si el PCP acepta miembros del plan adicionales, y su solicitud es recibida a más tardar el día 5 del mes, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Si su solicitud es recibida después del día 5 del mes, el cambio entrará en vigencia el primer día del segundo mes después de su solicitud. Por ejemplo: si recibimos su solicitud de cambio en Julio 5, éste entrará en vigencia en Agosto 1; si recibimos su solicitud de cambio en Julio 6, éste entrará en vigencia en Septiembre 1. Recibirá una nueva tarjeta de membresía donde consta este cambio.

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin aprobación previa de su PCP?
--------------------	---

Usted puede recibir los servicios enumerados a continuación sin necesidad de aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de seno, mamografías de control (radiografías del seno), Papanicolau y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe.
- Servicios de emergencia por parte de proveedores tanto de la red como fuera de la red.

- Atención médica urgente que reciba por parte de proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o inaccesibles, por ejemplo cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renales que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si le es posible, comuníquese con el Servicio al Cliente antes de salir del área de servicio, de modo que podamos organizar una diálisis transitoria para usted durante el tiempo que se encuentre fuera).

Sección 2.3 Cómo obtener atención médica de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que provee servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicos. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación algunos ejemplos:

- Oncólogo, quien atiende pacientes con cáncer.
- Cardiólogo, quien atiende pacientes con afecciones cardíacas.
- Ortopedista, quien atiende pacientes con ciertas afecciones de los huesos, articulaciones o músculos.

Si bien su PCP está capacitado para manejar la mayoría de las necesidades comunes de atención médica, puede haber casos en los que considere que usted necesita un tratamiento más especializado. En tal caso, usted puede recibir una remisión a un especialista de la red. Cuando elige a un PCP, es importante recordar que esto lo limita a la red de especialistas que se encuentren en la red de su PCP.

Si el especialista de la red desea que usted regrese para recibir atención adicional, asegúrese de que estos servicios estarán cubiertos consultando primero con su PCP para garantizar que su remisión se extienda a la atención adicional.

Ni el plan ni Medicare pagarán por servicios, suministros, tratamientos, cirugías y/o terapias con medicamentos que exijan una remisión si ésta no fue emitida por su PCP o por nosotros, excepto para servicios de emergencia, servicios de urgencia necesarios, diálisis fuera del área de servicio y servicios de atención postestabilización, o cuando tenga una autorización previa y/o remisión a un proveedor fuera de la red.

Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para más información sobre qué servicios requieren autorización previa.

Refiérase al Directorio de Proveedores para obtener el listado de los especialistas del plan disponibles a través de su red, o consulte en línea el Directorio de Proveedores en el sitio de Internet indicado en el Capítulo 2 de este folleto.

Cuando selecciona su PCP es importante recordar que éste elegirá al especialista de la red al que usted será referido basado en sus prácticas de remisión y en su afiliación hospitalaria. La presencia en este directorio de un especialista de la red en particular no significa que su PCP lo referirá a ese proveedor.

¿Qué ocurre si un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan?

En algunas ocasiones, un especialista, una clínica, un hospital u otro proveedor de la red que usted utiliza, abandona el plan. Si esto ocurre, deberá cambiarse a otro proveedor que forme parte de nuestro plan. Intentaremos comunicárselo tan pronto como nos sea posible si usted está utilizando un

proveedor de la red que va a abandonar nuestro plan. Le daremos igualmente información de cómo encontrar otro proveedor. Puede comunicarse con el Servicio al Cliente al número indicado en el Capítulo 2 de este folleto y ellos le ayudarán a buscar y seleccionar otro proveedor.

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

La atención que usted reciba por parte de proveedores fuera de la red no estará cubierta excepto la atención que cumpla con una de las tres condiciones indicadas en la Sección 1.2 de este capítulo. Para más información acerca de la atención fuera de la red cuando usted tiene una emergencia médica o necesita atención médica urgente, consulte la Sección 3 de este capítulo.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos en caso de que usted tenga una emergencia o necesite atención médica urgente

Sección 3.1 Obtener atención si tiene una emergencia médica

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

Una “emergencia médica” se produce cuando usted, u otra persona prudente no especialista con un conocimiento promedio de la salud y de la medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir un peligro para su vida, la pérdida de un miembro o de su uso. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda tan pronto como sea posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o diríjase a la sala de emergencias, hospital o centro de atención de urgencias más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No necesita obtener aprobación o remisión previa de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan ha sido informado de su emergencia.** Necesitamos dar seguimiento a su atención médica de emergencia. Usted u otra persona debe comunicarse con nosotros para informarnos sobre su atención de emergencia, usualmente dentro de las 48 horas comunicándose con el Servicio al Cliente al número que se encuentra en el Capítulo 2 de este folleto.

¿Qué está cubierto si usted tiene una emergencia médica?

Usted podrá obtener cobertura para la atención médica de emergencia en cualquier momento que la necesite y en cualquier lugar del mundo. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las cuales llegar a una sala de emergencias de cualquier otra forma ponga en riesgo su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le están proporcionando la atención de emergencia para ayudar en el manejo y seguimiento de su atención. Los médicos que le están proporcionando la atención de emergencia decidirán en qué momento su afección está estabilizada y la emergencia médica ha terminado.

Una vez haya terminado la emergencia, usted tiene derecho a una atención de seguimiento para garantizar que su afección sigue estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia es proporcionada por un proveedor fuera de la red, intentaremos que proveedores de la red se hagan cargo de su atención médica tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucede si no se trataba de una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted puede acudir en busca de atención de emergencia, pensando que su salud se encuentra en grave peligro, y el médico puede manifestar que no se trataba de una emergencia médica después de todo. Si resulta que no era una emergencia, siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud se encontraba en grave peligro, cubriremos su atención médica.

Sin embargo, una vez el médico haya manifestado que **no** era una emergencia, cubriremos la atención adicional **sólo** si la obtiene en una de estas dos formas:

- Va a un proveedor de la red para obtener la atención adicional.
- – o – la atención adicional que obtiene es considerada “atención médica urgente” y usted sigue las normas para obtener dicha atención urgente (para más información sobre esto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Obtener atención médica urgente cuando usted la necesita

¿Qué es “atención médica urgente”?

“Atención médica urgente” es una atención brindada para tratar una enfermedad, lesión o afección médica no de emergencia, e inesperada, que requiere atención médica inmediata, pero para la cual los proveedores de la red del plan se encuentran temporalmente no disponibles o inaccesibles. La afección imprevista puede ser, por ejemplo, un brote inesperado de una afección que usted tiene y conoce (por ejemplo, un brote de una afección crónica de la piel).

¿Qué sucede si usted está dentro del área de servicio del plan cuando necesita atención médica urgente?

En la mayoría de las demás situaciones, si usted está en el área de servicio del plan, cubriremos la atención médica urgente **sólo** si la obtiene de un proveedor de la red y sigue las otras normas descritas anteriormente en este capítulo. Sin embargo, si las circunstancias son extraordinarias o inusuales y los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o inaccesibles, nosotros cubriremos la atención médica urgente que usted obtenga de un proveedor fuera de la red.

¿Qué sucede si usted está fuera del área de servicio del plan cuando necesita atención médica urgente?

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

Nuestro plan no cubre la atención médica urgente o cualquier otra atención no de emergencia que usted reciba por fuera de los Estados Unidos.

SECCIÓN 4 **¿Qué sucede si se le factura directamente por el costo total de sus servicios cubiertos?**

Sección 4.1	Puede solicitarle al plan el pago de nuestra participación en los costos por sus servicios cubiertos
--------------------	---

Si usted pagó más que su participación por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (**Solicitarnos que paguemos nuestra participación de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos**) para información sobre qué hacer.

Sección 4.2	¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?
--------------------	--

Nuestro plan cubre todos los servicios médicos que sean médicamente necesarios, que estén enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos del plan (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto), y que sean obtenidos de acuerdo a las reglas del plan. Generalmente, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan, o porque fueron obtenidos fuera de la red sin autorización. Sin embargo, antes de pagar el costo de los servicios, comuníquese con la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid) para comprobar si el servicio está cubierto.

Si tiene preguntas sobre si vamos a pagar por alguna atención o servicio médico que usted está considerando, tiene el derecho a preguntarnos si vamos a cubrirlo antes de obtenerlo. Si manifestamos que no cubriremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 (**Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**) contiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura de nuestra parte, o si desea apelar una decisión que ya tomamos. Para más información acerca de cómo hacer esto, también puede comunicarse con el Servicio al Cliente al número indicado en la contraportada de este folleto.

Para servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficio, usted paga el costo total para cualquier servicio que reciba una vez haya acabado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Por ejemplo, si su plan cubre un examen físico de rutina por año y usted lo recibe pero decide obtener un segundo examen físico de rutina el mismo año, usted paga el costo total del segundo examen físico de rutina. Cualquier suma que usted pague después de haber alcanzado la limitación de beneficio no cuenta para su máximo de desembolso personal anual. (Consulte el Capítulo 4 para más información sobre su máximo de desembolso personal del plan). Cuando desee saber cuánto ha utilizado ya de su límite de beneficio, puede comunicarse con el Servicio al Cliente.

SECCIÓN 5 **¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un “ensayo clínico”?**

Sección 5.1 **¿Qué es un “ensayo clínico”?**

Un ensayo clínico es una forma para los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica solicitando voluntarios que ayuden con el ensayo clínico. Esta clase de ensayos clínicos es una de las etapas finales en el proceso de investigación que ayuda a médicos y científicos a determinar si un método nuevo funciona y es seguro.

No todos los ensayos clínicos están disponibles para miembros de nuestro plan. Medicare debe primero aprobarlo. Si usted participa en un ensayo clínico que Medicare **no** aprobó, **usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el ensayo clínico.**

Una vez Medicare apruebe el ensayo clínico, alguien que trabaja en el ensayo clínico se contactará con usted para explicarle más sobre éste y analizar si usted reúne los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el ensayo clínico. Usted podrá participar en el ensayo clínico siempre y cuando reúna los requisitos y tenga total conocimiento y aceptación de lo que implica que usted participe en el ensayo clínico.

Si usted participa en un ensayo clínico aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que usted recibe como parte del ensayo clínico. Cuando participa en un ensayo clínico, usted puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el ensayo clínico) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un ensayo clínico aprobado por Medicare, usted **no** necesita autorización por parte nuestra ni de su PCP. Los proveedores que le brindan atención médica como parte del ensayo clínico **no** necesitan formar parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque usted no necesita autorización de nuestro plan para participar en un ensayo clínico, **sí necesita informarnos antes de iniciar su participación en un ensayo clínico.** A continuación el porqué necesita informarnos:

1. Le podemos informar si el ensayo clínico está aprobado por Medicare.
2. Le podemos indicar qué servicios obtendrá de los proveedores del ensayo clínico en vez de recibirlos de nuestro plan.

Si planea participar en un ensayo clínico, comuníquese con el Servicio al Cliente (consulte el Capítulo 2, Sección 1 de esta **Evidencia de Cobertura**).

Sección 5.2 ¿Quién paga cuando usted participa en un ensayo clínico?

Una vez usted se integre a un ensayo clínico aprobado por Medicare, usted está cubierto en cuanto a los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del ensayo clínico, incluyendo:

- Habitación y comida para una estadía en un hospital que Medicare pagaría incluso si usted no estuviese en un ensayo clínico.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del ensayo clínico.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Medicare Original paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del ensayo clínico. Una vez Medicare ha pagado su parte del costo por dichos servicios, nuestro plan también pagará una parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre la participación en los costos dentro de Medicare Original y su participación en los costos como miembro del plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del ensayo clínico que si los obtuviera por parte de nuestro plan.

El siguiente es un ejemplo de cómo funciona la participación en los costos: Supongamos que usted tiene una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del ensayo clínico. Supongamos igualmente que su participación en el costo de esta prueba bajo Medicare Original es de \$20, pero que sería de sólo \$10 bajo los beneficios de nuestro plan. En tal caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba y nosotros pagaríamos los otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es el mismo monto que usted pagaría bajo los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros pagemos nuestra participación en los costos, usted deberá presentar una solicitud de pago. Deberá enviarnos junto con su solicitud una copia de su Resumen de Notificaciones de Medicare [Medicare Summary Notices] o de cualquier otra documentación que indique los servicios que usted ha recibido como parte del ensayo clínico y lo que usted debe. Consulte el Capítulo 7 para más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Cuando usted forme parte de un ensayo clínico, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán por nada de lo siguiente:**

- Generalmente, Medicare **no** pagará por el nuevo servicio o artículo que el ensayo clínico está experimentando a menos de que Medicare cubriera este servicio o artículo aunque usted **no** estuviese en el ensayo clínico.
- Artículos y servicios que el ensayo clínico le da a usted o a cualquier participante de forma gratuita.
- Artículos y servicios proporcionados únicamente para recoger información, y que no son utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará por Tomografías Computarizadas [CT scans] mensuales hechas como parte del ensayo clínico si su afección requiere sólo una Tomografía Computarizada [CT scan].

¿Desea saber más?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un ensayo clínico leyendo la publicación “Medicare y los Estudios de Investigación Clínica” [Medicare and Clinical Research Studies]

en el sitio de Internet de Medicare (<http://www.medicare.gov>). También puede comunicarse 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 Reglas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa no médica de cuidado de la salud”

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica de cuidado de la salud?

Una institución religiosa no médica de cuidado de la salud es un centro que brinda atención para afecciones que usualmente serían tratadas en un hospital o en un Centro de Enfermería Especializada. Si obtener atención médica en un hospital o en un Centro de Enfermería Especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, le brindaremos cobertura de atención médica en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud. Usted puede elegir buscar atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio sólo es proporcionado para servicios de la Parte A para pacientes internos (servicios no médicos de cuidado de la salud). Medicare sólo pagará por servicios de cuidado de la salud no médicos proporcionados por instituciones religiosas no médicas de cuidado de la salud.

Sección 6.2 ¿Qué atención en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud está cubierta por nuestro plan?

Para obtener atención de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud, usted debe firmar un documento legal en el que manifiesta que usted tiene oposición de conciencia en cuanto a obtener tratamiento médico “no excluido” [“non-excepted”].

- Atención o tratamiento médico “no excluido” es cualquier atención o tratamiento médico **voluntario** y **no requerido** por ninguna ley federal, estatal o local.
- Tratamiento médico “excluido” es la atención médica o el tratamiento médico que usted recibe que **no** es voluntario o que **es requerido** por la ley federal, estatal o local.

Para estar cubierta por nuestro plan, la atención que obtiene de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que provee la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan por los servicios que usted recibe se limita a aspectos **no religiosos** de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que le son suministrados en su hogar, nuestro plan cubrirá estos servicios sólo si su afección satisface normalmente las condiciones para una cobertura de servicios por parte de agencias de atención médica domiciliaria que no son instituciones religiosas no médicas de cuidado de la salud.
- Si obtiene servicios de esta institución que le son suministrados en un centro, las siguientes condiciones aplican:

- Usted debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internos o de atención en un Centro de Enfermería Especializada.
- – y – usted debe obtener previamente la aprobación de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, de lo contrario su estadía no estará cubierta.

Los límites de cobertura están descritos bajo **Atención hospitalaria para pacientes internos** en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad del Equipo Médico Durable

Sección 7.1	¿Será usted propietario de su Equipo Médico Durable tras efectuar una cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan?
--------------------	--

El Equipo Médico Durable incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, caminadores y camas de hospital ordenados por un proveedor para ser utilizados en casa. Ciertos artículos, como las prótesis, siempre son propiedad del inscrito. Esta sección trata de otros tipos de Equipo Médico Durable que deben ser alquilados.

Bajo Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de Equipo Médico Durable se vuelven propietarias de dicho equipo una vez efectuados los copagos correspondientes al artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de nuestro plan, usted usualmente no adquirirá la propiedad del Equipo Médico Durable alquilado, sin importar cuántos copagos correspondientes al artículo usted haya efectuado siendo miembro del plan. Bajo ciertas circunstancias limitadas, podremos transferir la propiedad del artículo de Equipo Médico Durable. Comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono están indicados en la contraportada de este folleto) para saber cuáles son los requisitos que usted debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.

¿Qué sucede con los pagos que usted ha efectuado por un Equipo Médico Durable si usted se cambia a Medicare Original?

Si usted se cambia a Medicare Original después de haber sido miembro de nuestro plan: si no adquirió la propiedad del artículo de Equipo Médico Durable mientras estaba en el plan, tendrá que efectuar 13 nuevos pagos consecutivos por dicho artículo mientras esté en Medicare Original para adquirir la propiedad del artículo. Sus pagos anteriores mientras estaba en nuestro plan no cuentan dentro de esos 13 nuevos pagos consecutivos.

Si usted había efectuado pagos por un artículo de Equipo Médico Durable bajo Medicare Original antes de afiliarse a nuestro plan, estos pagos anteriores a Medicare Original tampoco contarán dentro de los 13 nuevos pagos consecutivos. Usted tendrá que efectuar 13 nuevos pagos consecutivos por dicho artículo bajo Medicare Original para adquirir la propiedad del artículo. No existen excepciones a este caso cuando usted regresa a Medicare Original.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1	Comprender su desembolso personal para servicios cubiertos.....	2
Sección 1.1	Tipos de desembolso personal que usted podría pagar por sus servicios cubiertos.....	2
Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare?	3
SECCIÓN 2	Utilice la Tabla de Beneficios Médicos para informarse sobre lo que está cubierto para usted y cuánto pagará	4
Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan.....	4
SECCIÓN 3	¿Qué beneficios no están cubiertos por el plan?	33
Sección 3.1	Beneficios que no cubrimos (exclusiones)	33

SECCIÓN 1 Comprender su desembolso personal para servicios cubiertos

Este capítulo se centra en sus servicios cubiertos y en lo que usted paga por sus beneficios médicos. Incluye una Tabla de Beneficios Médicos que le proporciona una lista de sus servicios cubiertos y le informa cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Physicians Health Choice Select (HMO SNP). Más adelante en este capítulo encontrará información sobre servicios médicos que no están cubiertos. También le informa sobre limitaciones en ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de desembolso personal que usted podría pagar por sus servicios cubiertos

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, usted necesita conocer los tipos de desembolso personal que podría pagar por sus servicios cubiertos.

- Un **“copago”** es el monto fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe los servicios médicos. (La Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- **“Coaseguro”** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coaseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2 le brinda más información sobre su coaseguro).

Miembros QMB – Usted no paga ningún costo, excepto sus copagos por medicamentos recetados si está inscrito a Medicare como Beneficiario Calificado de Medicare [Qualified Medicare Beneficiary (QMB)] y a la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid). Su coaseguro, sus deducibles y sus copagos (excepto para medicamentos recetados de la Parte D) son pagados por la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid).

Enseñe su tarjeta de membresía al plan y su tarjeta de identificación como beneficiario de la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid) cuando reciba servicios de atención médica. Estas tarjetas ayudarán a sus proveedores a coordinar los pagos.

Comuníquese con el Servicio al Cliente al número de teléfono indicado en el Capítulo 2 de este folleto si:

- le es exigido el pago por servicios cubiertos,
- su proveedor se niega a recibirlo o
- tiene más preguntas.

Si recibe una notificación indicando que su cobertura por parte de la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid) ha terminado, comuníquese cuanto antes con su oficina de Medicaid para renovar su solicitud de asistencia. El número de teléfono de su agencia de Medicaid está indicado en el Capítulo 2 de este folleto. Comuníquese con el Servicio al Cliente al número indicado en el Capítulo 2 de este folleto si tiene cualquier otra pregunta.

Período de gracia.

Miembros QMB – Si usted pierde su elegibilidad a la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid), puede permanecer inscrito a este plan de Medicare por máximo 6 meses. Debe reinscribirse a Medicaid antes de que finalice dicho período de 6 meses para

poder conservar sus beneficios de Medicare con este plan. Durante el período de 6 meses, usted no tiene ninguna responsabilidad en cuanto a la participación en el costo, excepto sus copagos por medicamentos recetados o sus primas.

Durante este período de 6 meses, si usted recibe facturas por parte de su proveedor, comuníquese con el Servicio al Cliente al número indicado en el Capítulo 2 de este folleto. Usted no debe pagar dichas facturas. Sólo debe pagar su copago por medicamentos recetados. Si ha pagado copagos, deducibles o coaseguro durante este período de 6 meses, comuníquese con el Servicio al Cliente para obtener un reembolso.

Conserve la siguiente información relacionada con cualquier atención que reciba durante el período de 6 meses:

- Copias de sus facturas y recibos.
- Carta o documentación indicando la pérdida de su elegibilidad a la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid).

Si usted no se reinscribe a la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid) durante el período de 6 meses, será dado de baja de nuestro plan e inscrito a Medicare Original.

Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare?
--------------------	---

Nota: Como nuestros miembros también reciben asistencia por parte de la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid), muy pocos alcanzan este monto máximo de desembolso personal.

Porque usted está inscrito a un plan Medicare Advantage, existe un límite en lo que usted debe pagar cada año en desembolso personal por sus servicios médicos dentro de la red que están cubiertos bajo la Parte A y Parte B (consulte la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se llama monto máximo de desembolso personal por servicios médicos.

Como miembro de Physicians Health Choice Select (HMO SNP), el monto máximo que usted deberá pagar en desembolso personal por servicios de la Parte A y Parte B cubiertos dentro de la red en 2012 es de \$3,350. Los montos que usted paga por copagos y coaseguro para servicios cubiertos dentro de la red cuentan para el cálculo de este monto máximo de desembolso personal. (Los montos que usted paga por su prima del plan y sus medicamentos recetados no cuentan para el cálculo de su monto máximo de desembolso personal. Además, los montos que usted paga por ciertos servicios no cuentan para el cálculo de su monto máximo de desembolso personal. Estos servicios están indicados con un asterisco dentro de la Tabla de Beneficios Médicos). Si usted alcanza el monto máximo de \$3,350 en desembolso personal, no tendrá que pagar ningún otro desembolso personal durante lo que quede del año por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red. Sin embargo, usted deberá seguir pagando su prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas [Texas Medicaid Health and Human Services Commission] (Medicaid) o cualquier otro tercero pague por usted la prima de la Parte B).

SECCIÓN 2 Utilice la Tabla de Beneficios Médicos para informarse sobre lo que está cubierto para usted y cuánto pagará

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

La Tabla de Beneficios Médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que Physicians Health Choice Select (HMO SNP) cubre y lo que usted paga como desembolso personal por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos sólo están cubiertos cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare y Medicaid deben ser brindados de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros y equipo) **deben ser médicamente necesarios**. “Médicamente necesario(a)” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares admitidos de las prácticas médicas.
- Usted recibe su atención médica 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 brinda más información sobre los requisitos para utilizar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés) quien está proporcionando y supervisando su atención médica. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle una aprobación previa antes de que usted utilice otros proveedores dentro de la red del plan. Esto se llama darle una “remisión”. El Capítulo 3 brinda más información sobre cómo obtener una remisión y sobre las situaciones en que no necesita una remisión.
- Para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original sin costo alguno dentro de la red, nosotros también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted. Sin embargo, si usted recibe tratamiento o monitoreo por una afección médica preexistente durante la visita en la cual recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para la afección médica preexistente.

Tabla de Beneficios Médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención para pacientes internos	
<p>Atención hospitalaria para pacientes internos.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluyendo dietas especiales. • Servicios normales de enfermería. • Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos/coronarios). • Medicamentos y medicaciones. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de salas de operación y de recuperación. • Fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional. • Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: de córnea, renal, renal-pancreático, de corazón, de hígado, de pulmón, de corazón/pulmón, de médula ósea, de célula madre, e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, organizaremos todo para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare el cual decidirá si usted es candidato para un trasplante. Si Physicians Health Choice Select (HMO SNP) brinda servicios de trasplante en una ubicación alejada (más alejada que los esquemas comunitarios normales de atención) y usted eligió obtener su trasplante en dicha ubicación alejada, organizaremos o pagaremos los costos de hospedaje y transporte apropiados para usted y un acompañante. • Banco de sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. • Servicios de un médico. 	<p>Copago de \$0 por día por atención hospitalaria cubierta por Medicare.</p> <p>No aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. (Consulte la definición de períodos de beneficios en el capítulo titulado Definiciones de términos importantes). Para atención hospitalaria para pacientes internos, la participación en el costo indicada anteriormente aplica a cada vez que usted es admitido en un hospital. Para cada estadía en un hospital para pacientes internos, usted está cubierto para un número ilimitado de días siempre que la hospitalización esté cubierta conforme a las reglas del plan.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Nota: Para ser paciente interno, su proveedor debe expedir una orden para admitirlo en un hospital. Incluso si usted se queda en el hospital por una noche, podría seguir siendo considerado como “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de ser un paciente interno, pregúntele al personal hospitalario.</p> <p>También puede encontrar más información en el boletín de Medicare titulado “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare - ¡pregunte!” Este boletín está disponible en el sitio de Internet: http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf o comuníquese al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada a estos números es gratuita y puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Atención de salud mental para pacientes internos.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Existe un límite de por vida de 190 días para los servicios de internación en un hospital psiquiátrico. Este límite de 190 días no aplica a los servicios de salud mental que se proporcionan en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Servicios por abuso de sustancias para pacientes internos. 	<p>Copago de \$0 por cada estadía en un hospital de la red cubierta por Medicare, máximo 90 días.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso personal.</p> <p>Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se utilizan para determinar el número total de días que están cubiertos para atención de salud mental para pacientes internos. (Consulte la definición de períodos de beneficios en el capítulo titulado Definiciones de términos importantes). Sin embargo, la participación en el costo indicada anteriormente aplica a cada vez que usted es admitido en un hospital, incluso si usted es admitido varias veces dentro de un mismo período de beneficios.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés).</p> <p>(Para una definición de “Atención en un Centro de Enfermería Especializada”, consulte el Capítulo 12 de este folleto. Los Centros de Enfermería Especializada a veces son llamados “SNF”, por sus siglas en inglés).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluyendo dietas especiales. • Servicios normales de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (incluyendo sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación de sangre). • Banco de sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos comúnmente proporcionados por los SNF. • Pruebas de laboratorio comúnmente realizadas por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología comúnmente proporcionados por los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, comúnmente proporcionados por los SNF. • Servicios de un médico. <p>No se requiere una hospitalización previa de 3 días.</p>	<p>Copago de \$0 por día para los días 1 a 20; copago de \$0 por día para los días 21 a 65; copago de \$0 por días adicionales cubiertos por Medicare, máximo 100 días.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso personal.</p> <p>Usted está cubierto por un máximo de 100 días durante cada período de beneficios por servicios para pacientes internos en un SNF, conforme a las reglas de Medicare.</p> <p>Un período de beneficios comienza el primer día en que usted ingresa a un hospital para pacientes internos o un Centro de Enfermería Especializada cubierto por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando usted no ha sido internado en un hospital o en un SNF durante 60 días seguidos. Si ingresa a un hospital (o SNF) después de la finalización de un período de beneficios, un nuevo período de beneficios comienza. No hay límites en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Generalmente, usted recibirá su atención de SNF en un centro del plan. Sin embargo, bajo ciertas condiciones enumeradas a continuación, usted tendrá la posibilidad de recibir su atención en un centro que no sea un proveedor del plan, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de convalecencia para personas mayores o una comunidad para jubilados con atención continua donde usted estuvo viviendo justo antes de ingresar al hospital (siempre que éste brinde atención de Centro de Enfermería Especializada). • Un SNF donde vive su cónyuge en el momento en que usted abandona el hospital. 	
<p>Servicios de internación cubiertos durante una estadía como paciente interno no cubierta.</p> <p>Si usted ha agotado sus beneficios para pacientes internos o si la estadía como paciente interno no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía como paciente interno. Sin embargo, en ciertos casos, cubriremos ciertos servicios que usted reciba durante su estadía en el hospital o en el Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, sin limitarse a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de un médico. • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio). • Radiografías y terapia con radio e isótopos, incluyendo materiales y servicios del técnico. 	<p>Cuando su estadía deja de estar cubierta, estos servicios estarán cubiertos como se describe en las siguientes secciones:</p> <p>Consulte Servicios de un médico, incluyendo visitas al consultorio médico.</p> <p>Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p> <p>Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Vendas quirúrgicas. • Férulas, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o todo o parte de la función de un órgano interno con disfunción o inoperancia permanente, incluyendo el reemplazo o las reparaciones de dichos dispositivos. • Aparatos ortopédicos para pierna, brazo, espalda y cuello; bragueros y prótesis de piernas, brazos y ojos, incluyendo los ajustes, reparaciones y reemplazos que sean necesarios por motivo de rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional. 	<p>Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p> <p>Consulte Dispositivos protésicos y suministros relacionados.</p> <p>Consulte Dispositivos protésicos y suministros relacionados.</p> <p>Consulte Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.</p>
<p>Agencia de atención médica domiciliaria.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y asistencia médica domiciliaria a tiempo parcial o intermitente (para que sus servicios de enfermería especializada y de atención médica domiciliaria en conjunto estén cubiertos bajo el beneficio de atención médica domiciliaria, deben sumar menos de 8 horas diarias y de 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios sociales y médicos. • Equipos médicos y suministros. 	<p>Copago de \$0 para todas las visitas de atención médica domiciliaria brindadas por una agencia de atención médica domiciliaria de la red, siempre que se cumplan con los criterios de Medicare.</p> <p>Pueden aplicar otros copagos o coaseguro. (Consulte Equipo médico durable y suministros relacionados para información sobre los copagos o coaseguro que aplican).</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de cuidados paliativos.</p> <p>Usted puede recibir atención médica de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará por sus cuidados paliativos y por todo servicio de la Parte A y de la Parte B relacionado con su afección terminal. Mientras usted se encuentre en un programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos le facturará a Medicare Original por los servicios que paga Medicare Original.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor. • Atención paliativa a corto plazo. • Atención domiciliaria. <p>Usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Si necesita atención que no sea paliativa (atención no relacionada con su afección terminal), tiene dos opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede obtener su atención no paliativa por parte de los proveedores del plan. En este caso, usted sólo paga la participación en los costos autorizada por el plan. • – o – Puede recibir su atención cubierta de Medicare Original. En este caso, usted debe pagar los montos de participación en los costos bajo Medicare Original, salvo para atención de emergencia o atención médica urgente. Sin embargo, después del pago, usted puede pedirnos que le reembolsemos la diferencia entre la participación en los costos bajo nuestro plan y la participación en los costos bajo Medicare Original. <p>Nota: Si usted necesita atención que no sea paliativa (atención no relacionada con su afección terminal), póngase en contacto con nosotros para que organicemos los servicios. Recibir su atención no paliativa a través de nuestros proveedores de la red reducirá su participación en los costos de dichos servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta en un centro de cuidados paliativos (una sola vez) para un enfermo terminal que no ha elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	<p>Cuando usted se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su afección terminal, son pagados por Medicare Original y no por Physicians Health Choice Select (HMO SNP).</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para pacientes ambulatorios	
<p>Servicios de un médico, incluyendo visitas al consultorio médico.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios brindados en el consultorio médico. • Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios brindados en un centro de cirugía ambulatoria certificado o en un departamento hospitalario ambulatorio. • Otros profesionales de atención médica. • Consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista, si su médico los solicita para determinar si usted necesita tratamiento médico. 	<p>Copago de \$0 para servicios brindados por un médico de atención primaria o, bajo ciertas circunstancias, tratamiento brindado en el consultorio de un médico de atención primaria por un enfermero practicante, por el asistente del médico o por otro profesional de atención médica que no sea médico (siempre que las normas de Medicare lo permitan).</p> <p>Consulte “Cirugía ambulatoria” más adelante en esta tabla para cualquier monto de copagos o coaseguro aplicables para visitas a centros de cirugía ambulatoria o a centros hospitalarios ambulatorios.</p> <p>Copago de \$0 para servicios brindados por un especialista o, bajo ciertas circunstancias, tratamiento brindado en el consultorio de un especialista por un enfermero practicante, por el asistente del médico o por otro profesional de atención médica que no sea médico (siempre que las normas de Medicare lo permitan).</p> <p>Copago de \$0 por cada examen cubierto por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Visitas a los consultorios de Telehealth, incluyendo la consulta, el diagnóstico y el tratamiento realizados por un especialista. • Segunda opinión brindada por otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención odontológica no de rutina (los servicios cubiertos están limitados a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparación de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula a tratamientos de radiación para enfermedad de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando los suministra un médico). • Servicios de monitoreo si usted está tomando medicaciones anticoagulantes, tales como Cumadina, Heparina o Warfarina (estos servicios también pueden ser denominados servicios de una “Clínica de Cumadina”). 	<p>Copago de \$0 por cada visita.</p> <p>Copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para servicios brindados por un médico de atención primaria.</p> <p>Copago de \$0 para servicios brindados por un especialista.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p>Cubriremos servicios médicamente necesarios que usted reciba en la unidad ambulatoria de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en una sala de emergencias o en una clínica ambulatoria, incluyendo cirugías del mismo día. • Pruebas de laboratorio facturadas por el hospital. 	<p>Consulte Atención de emergencia, o Cirugía ambulatoria, incluyendo los servicios suministrados en centros hospitalarios ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.</p> <p>Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Atención de salud mental, incluyendo atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, en su defecto, sería necesario un tratamiento mediante internación. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Ciertos exámenes de control y servicios preventivos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede administrarse a sí mismo. <p>Nota: A menos que el proveedor haya expedido una orden escrita para admitirlo al hospital como paciente interno, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de participación en los costos correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted se quede una noche en el hospital, podría seguir siendo considerado como “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, pregúntele al personal hospitalario.</p> <p>También puede encontrar más información en el boletín de Medicare titulado “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare - ¡pregunte!” Este boletín está disponible en el sitio de Internet: http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf o comuníquese al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada a estos números es gratuita y puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Consulte Atención de salud mental para pacientes ambulatorios.</p> <p>Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p> <p>Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p> <p>Consulte Servicios preventivos.</p> <p>Consulte Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de quiropráctica.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sólo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones. 	<p>Copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de podología.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de lesiones y enfermedades del pie (como dedo martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores. 	<p>Copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare.</p>
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, asistente del médico u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p>	<p>Copago de \$0 por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada sesión de terapia grupal cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial.</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo brindado en una unidad hospitalaria ambulatoria o por un centro comunitario de salud mental, que resulta ser más intenso que la atención médica recibida en el consultorio de su médico o del terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización como paciente interno.</p>	<p>Copago de \$0 por día para beneficios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios ambulatorios por abuso de sustancias.</p>	<p>Copago de \$0 por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada sesión de terapia grupal cubierta por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cirugía ambulatoria, incluyendo los servicios brindados en centros hospitalarios ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.</p> <p>Nota: Si tiene prevista una cirugía en un hospital, compruebe con su proveedor si será como paciente interno o como paciente ambulatorio. A menos que el proveedor haya expedido una orden escrita para admitirlo al hospital como paciente interno, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de participación en los costos correspondientes a cirugía ambulatoria. Aunque usted se quede una noche en el hospital, podría seguir siendo considerado como “paciente ambulatorio”.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios brindados a usted en un centro hospitalario ambulatorio cubiertos por Medicare, incluyendo (sin limitarse a) los cargos del hospital o de otro centro, los cargos del médico o quirúrgicos, y las pruebas.</p> <p>Copago de \$0 por servicios en un centro de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare, incluyendo (sin limitarse a) los cargos del hospital o de otro centro, los cargos del médico o quirúrgicos, y las pruebas.</p>
<p>Servicios de ambulancia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia aérea de ala fija y de ala rotatoria, y terrestre, al centro apropiado más cercano que pueda brindar atención médica sólo si los servicios le son brindados a un miembro cuya afección médica implica que otro medio de transporte esté contraindicado (que pueda poner en riesgo la salud de la persona) o si han sido autorizados por el plan. La afección del miembro debe requerir tanto el transporte en ambulancia como el nivel de servicio prestado para que el servicio facturado sea considerado médicamente necesario. • El transporte que no sea de emergencia realizado por una ambulancia es apropiado si se documenta que la afección del miembro implica que otro medio de transporte esté contraindicado (que pueda poner en riesgo la salud de la persona) y que el transporte en ambulancia es médicamente requerido. 	<p>Copago de \$0 por cada viaje de ida o de vuelta cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso personal.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de emergencia.</p> <p>La atención de emergencia es una atención necesaria para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.</p> <p>Una emergencia médica se produce cuando usted, u otra persona prudente no especialista con un conocimiento promedio de la salud y de la medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida, la pérdida de un miembro o de su uso. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>Cobertura en el extranjero para servicios del departamento de emergencias.</p>	<p>Copago de \$0 por cada visita a la sala de emergencias.</p> <p>Usted no paga este monto si es admitido en un hospital dentro de las 24 horas por la misma afección.</p> <p>Copago de \$65 para cobertura en el extranjero de servicios del departamento de emergencias.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y requiere atención médica como paciente interno después de que su afección de emergencia se ha estabilizado, usted debe regresar a un hospital de la red para que su atención siga estando cubierta o debe obtener autorización por el plan para recibir su atención para pacientes internos en un hospital fuera de la red, y su costo corresponde a la participación en los costos que usted pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso personal.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención médica urgente.</p> <p>La atención médica urgente es una atención brindada para tratar una enfermedad, lesión o afección médica no de emergencia e inesperada, que requiere atención médica inmediata, pero para la cual los proveedores de la red del plan se encuentran temporalmente no disponibles o inaccesibles.</p> <p>Atención médica urgente brindada dentro de los Estados Unidos según las pautas de cobertura de Medicare.</p>	<p>Copago de \$0 por cada visita a un centro de atención médica urgente de la red.</p> <p>Copago de \$0 por cada visita a un centro fuera de la red o fuera del área de servicio.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso personal.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios son proporcionados en instalaciones ambulatorias variadas, como unidades ambulatorias de los hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).</p>	<p>Copago de \$0 por cada visita para fisioterapia o terapia del habla y el lenguaje cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada visita para terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Los programas integrales que incluyen ejercicios, educación y asesoría están cubiertos para miembros que cumplan con ciertas condiciones y con una remisión por parte del doctor. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que habitualmente resultan más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Copago de \$0 por cada visita para rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar. Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que sufren de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD, por sus siglas en inglés) en grados moderado a muy agudo, y que tienen una remisión para rehabilitación pulmonar expedida por el doctor que le da tratamiento para dicha enfermedad crónica respiratoria.</p>	<p>Copago de \$0 por cada visita para rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p>
<p>Equipo Médico Durable y suministros relacionados. (Para una definición de “Equipo Médico Durable” consulte el Capítulo 12 de este folleto). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, cama de hospital, bomba de infusión IV, equipo de oxígeno, nebulizador y caminador.</p>	<p>Copago de \$0 para beneficios cubiertos por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso personal.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados. Dispositivos (que no sean odontológicos) que reemplazan una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, prótesis ortopédicas y mamarias (incluido un sostén posquirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y reparación y/o recambio de dispositivos protésicos. También incluye cobertura parcial después de una extracción o cirugía de cataratas. Para más detalles, consulte “Atención oftalmológica” más adelante en esta sección. No se cobra un cargo separado por suministros médicos de rutina utilizados durante una visita al consultorio e incluidos dentro de los cargos del proveedor por dicha visita (como vendas, hisopos de algodón y otros suministros de rutina). Sin embargo, los suministros para los cuales los proveedores aplican un cargo separado apropiado (como agentes químicos utilizados en ciertos procedimientos de diagnóstico) están sujetos a la participación en los costos indicada.</p>	<p>Copago de \$0 por cada dispositivo protésico u ortopédico cubierto por Medicare, incluyendo la reparación o el recambio de dichos dispositivos. Copago de \$0 por suministros cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios para diabéticos y suministros.</p> <p>Para todas las personas diabéticas (insulinodependientes y no insulinodependientes). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y de los monitores. • Para personas con diabetes que sufran de pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos sobre medida por año calendario (incluyendo plantillas surtidas con esos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de fondo ancho (depth shoes) y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas removibles no sobre medida surtidas con esos zapatos). La cobertura incluye la adaptación de los artículos. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. 	<p>Copago de \$0 por cada suministro de monitoreo de la diabetes cubierto por Medicare.</p> <p>Para información sobre la participación en los costos aplicable a insulina y jeringas, consulte el Capítulo 6, Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D.</p> <p>Copago de \$0 por cada par de zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso personal.</p> <p>Copago de \$0 para beneficios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Radioterapia (terapia con radio e isótopos), incluyendo materiales y suministros del técnico. 	<p>Copago de \$0 por cada servicio estándar de radiografía cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio de radioterapia cubierto por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros quirúrgicos, como vendas. • Férulas, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Pruebas de laboratorio. • Banco de sangre. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios. Servicios de diagnóstico no radiológicos. Servicios de diagnóstico radiológicos, sin incluir radiografías. 	<p>Copago de \$0 por cada suministro médico cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de banco de sangre cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de diagnóstico no radiológico cubiertos por Medicare.</p> <p>Algunos ejemplos no limitativos son electrocardiogramas, pruebas de desempeño pulmonar, estudios del sueño y pruebas de esfuerzo en cinta trotadora.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio de diagnóstico radiológico cubierto por Medicare, no incluyendo radiografías, y realizado en el consultorio de un médico o en un centro independiente (como un centro de radiología o una clínica médica).</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>Los servicios de radiología de diagnóstico requieren equipos especializados además del equipo estándar para radiografías, y deben ser realizados por un personal específicamente formado y certificado. Algunos ejemplos no limitativos son los escanogramas especializados, tomografías computarizadas [CT, por sus siglas en inglés], tomografías por emisión de fotón único [SPECT, por sus siglas en inglés], tomografías por emisión de positrones [PET, por sus siglas en inglés], resonancias magnéticas [MRI y MRA, por sus siglas en inglés], estudios de medicina nuclear, ecografías, mamografías de diagnóstico y procedimientos radiológicos interventivos (mielogramas, cystogramas, angiogramas y pruebas con bario).</p> <p>Consulte “Cirugía ambulatoria, incluyendo los servicios suministrados en centros hospitalarios ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria” anteriormente en esta tabla para cualquier monto de copagos o coaseguro aplicables para servicios de diagnóstico radiológicos en un centro para pacientes ambulatorios.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención oftalmológica.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios ambulatorios de un médico para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones del ojo. Medicare Original no cubre los exámenes oftalmológicos de rutina (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto. • Para personas con alto riesgo de glaucoma, como personas con historial familiar de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos de 50 años o más: control de glaucoma una vez cada año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular. (Si usted se hace dos cirugías separadas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y adquirir dos anteojos después de la segunda). Monturas/lentes correctivos (y reemplazos) necesarios después de una cirugía de extracción de cataratas sin implante de lente. <p>Consulte la sección “Beneficios adicionales” para la atención oftalmológica no cubierta por Medicare.</p>	<p>Copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada control de glaucoma cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto estándar después de una cirugía de cataratas, cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios Preventivos</p>	
<p>Nota: Para todos los servicios preventivos dentro de la red cubiertos por Medicare Original sin costo alguno, nosotros también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted.</p>	
<p>Control de aneurisma aórtico abdominal.</p> <p>Un único ultrasonido de control para personas en riesgo. El plan solamente cubre este control si usted obtiene una remisión para ello como resultado de su examen físico “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>Copago de \$0 por cada examen de control cubierto por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Mediciones de la masa ósea.</p> <p>Para individuos elegibles (generalmente, esto significa personas en riesgo de pérdida de masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluyendo una interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>Copago de \$0 por cada examen de control cubierto por Medicare.</p>
<p>Exámenes de control de cáncer colorrectal.</p> <p>Los siguientes servicios están cubiertos para personas de 50 años o más:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de control como alternativa), cada 48 meses. • Prueba de sangre oculta en heces, cada 12 meses. <p>Para personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de control (o enema de bario de control como alternativa), cada 24 meses. <p>Para personas que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de control cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses siguientes a una sigmoidoscopia de control. 	<p>Copago de \$0 por cada examen de control cubierto por Medicare.</p> <p>Un examen de control de colonoscopia o sigmoidoscopia no incluye la remoción de pólipos o procedimientos de biopsia. Una colonoscopia o sigmoidoscopia que incluye la remoción de pólipos o procedimientos de biopsia, es un procedimiento quirúrgico que está sujeto a la participación en el costo de cirugías para pacientes ambulatorios descrita anteriormente en esta tabla.</p>
<p>Examen de control de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).</p> <p>Para las personas que soliciten un examen de control de VIH o que se encuentran en alto riesgo de infección por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de control cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Máximo tres pruebas de control durante el embarazo. 	<p>Copago de \$0 por cada examen de control cubierto por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Inmunizaciones.</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una vez al año en otoño o en invierno. • Vacuna contra la Hepatitis B si usted se encuentra en riesgo alto o medio de contraer Hepatitis B. • Otras vacunas si usted se encuentra en riesgo y si son conformes a la reglas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte el Capítulo 6 para más información sobre cobertura y participación en el costo aplicable.</p>	<p>Copago de \$0 por cada vacuna contra la neumonía y contra la gripe cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada vacuna contra la Hepatitis B.</p> <p>Copago de \$0 por todas las otras inmunizaciones cubiertas por Medicare.</p>
<p>Examen de control de cáncer del seno (mamografías).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos del seno una vez cada 24 meses. 	<p>Copago de \$0 por cada examen de control cubierto por Medicare.</p>
<p>Exámenes de control de cáncer vaginal y cervical.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: exámenes pélvicos y Papanicolau están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si usted tiene un alto riesgo de cáncer cervical o ha tenido una prueba de Papanicolau anormal y está en edad de procrear: una prueba de Papanicolau cada 12 meses. 	<p>Copago de \$0 por cada prueba o examen cubierto por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Exámenes de control de cáncer de próstata.</p> <p>Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen dígito-rectal. • Prueba de Antígeno Específico de Próstata (PSA, por sus siglas en inglés). 	<p>Copago de \$0 por cada examen dígito-rectal cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada Prueba de Antígeno Específico de Próstata (PSA, por sus siglas en inglés) cubierta por Medicare.</p>
<p>Prueba de enfermedad cardiovascular.</p> <p>Las pruebas de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) cubiertas una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>Copago de \$0 por cada prueba cubierta por Medicare.</p>
<p>Examen físico “Bienvenido a Medicare”.</p> <p>El plan cubre un único examen físico llamado “Bienvenido a Medicare”, que incluye una revisión de su estado de salud, así como educación y asesoría en relación con los servicios preventivos que usted necesita (incluyendo ciertos exámenes de control y vacunas), y remisiones para otros cuidados si es necesario.</p> <p>Importante: Usted debe hacerse el examen físico dentro de los 12 primeros meses después de haber obtenido la Parte B de Medicare. Cuando pida su cita, indíquelo al consultorio médico que desea programar su examen físico “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para el examen Bienvenido a Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Visita anual de bienestar.</p> <p>Si usted tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan personalizado de prevención con base en su estado actual de salud y sus factores de riesgo. Este examen está cubierto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede ocurrir durante los 12 meses siguientes al examen “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, usted no necesita haber tenido su examen “Bienvenido a Medicare” para que su visita anual de bienestar esté cubierta pasados los primeros 12 meses con la Parte B.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.</p>
<p>Examen de control de la diabetes.</p> <p>Cubrimos este examen de control (incluyendo pruebas de glucosa en ayunas) si usted presenta cualquiera de los siguientes factores de riesgo: alta presión arterial (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de altos niveles de azúcar (glucosa) en la sangre. Las pruebas también pueden estar cubiertas si usted cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso o tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Con base en los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible a máximo dos exámenes de control de la diabetes cada 12 meses.</p>	<p>Copago de \$0 por cada examen de control cubierto por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia nutricional médica.</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón, pero sin diálisis), o después de un trasplante cuando su médico lo haya remitido.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoría personalizados durante el primer año en que usted reciba servicios de terapia nutricional médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o Medicare Original), y 2 horas por año al cabo de ese primer año. Si la afección, el tratamiento o el diagnóstico cambian, es posible que usted pueda recibir más horas de tratamiento con una remisión por parte del médico. Es necesario que estos servicios sean recetados por un médico, así como la renovación anual de la remisión si su tratamiento es necesario durante otro año calendario.</p>	<p>Copago de \$0 por beneficios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoría para dejar de fumar).</p> <p>Si usted consume tabaco pero no tiene señales o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos intentos asesorados para dejar de fumar durante un período de 12 meses. Cada intento asesorado incluye máximo cuatro visitas presenciales.</p> <p>Si usted consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco, o está tomando una medicación que puede verse afectada por el tabaco: cubrimos servicios de asesoría para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos asesorados para dejar de fumar durante un período de 12 meses. Cada intento asesorado incluye máximo cuatro visitas presenciales, aunque usted pagará la participación en los costos aplicable para pacientes internos o ambulatorios.</p>	<p>Copago de \$0 si no le ha sido diagnosticada una enfermedad causada o agravada por el consumo de tabaco.</p> <p>Copago de \$0 si le ha sido diagnosticada una enfermedad causada o agravada por el consumo de tabaco, o si usted toma un medicamento que se ve afectado por el consumo de tabaco.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Otros Servicios	
<p>Servicios para tratar las enfermedades y afecciones del riñón.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre enfermedad renal para enseñar el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Para personas con enfermedad renal crónica en fase IV, cuando sean remitidas por su doctor, cubrimos máximo seis sesiones de por vida para servicios educativos sobre enfermedad renal. • Tratamientos ambulatorios de diálisis (incluyendo los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes internos (si usted es admitido como interno en un hospital para atención especial). • Capacitación para auto-diálisis (incluye capacitación para usted y otra persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar). • Equipo y suministros de diálisis para el hogar. • Ciertos servicios de apoyo para el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores capacitados en diálisis para controlar su diálisis en el hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo de diálisis y suministro de agua). 	<p>Copago de \$0 por beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Estos servicios estarán cubiertos como se describe en las siguientes secciones:</p> <p>Consulte Atención hospitalaria para pacientes internos.</p> <p>Consulte Agencia de atención médica domiciliaria.</p> <p>Consulte Equipo Médico Durable y suministros relacionados.</p> <p>Consulte Agencia de atención médica domiciliaria.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos bajo su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para información acerca de la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte a continuación la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>	
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos bajo 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que el paciente no puede habitualmente autoadministrarse y que se inyectan o se aplican por infusión mientras usted recibe los servicios de un médico, de un hospital ambulatorio o de un centro de cirugía ambulatoria. • Medicamentos que usted toma mediante Equipo Médico Durable (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Factores de coagulación que usted mismo se administra por medio de inyección, si padece de hemofilia. • Medicamentos inmunosupresivos, si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento de recibir el trasplante del órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si usted está confinado en su hogar, tiene una fractura de hueso que un médico certifique como relacionada con la osteoporosis posmenopáusica, y no puede autoadministrarse el medicamento. • Antígenos. • Ciertos medicamentos orales anticancerígenos y contra las náuseas. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. 	<p>Copago de \$0 por cada medicamento cubierto de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso personal.</p> <p>Copago de \$0 por cada medicamento de quimioterapia y por su administración, cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el máximo de desembolso personal.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia y su administración para quimioterapia. <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluyendo las reglas que usted debe seguir para tener cobertura de sus medicamentos recetados. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan está indicado en el Capítulo 6.</p>	
Beneficios adicionales	
<p>Servicios odontológicos.</p> <p>En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes odontológicos de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Nosotros cubrimos:</p> <p>Servicios odontológicos preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales, una vez cada año. • Limpiezas de rutina, una vez cada 6 meses. • Aplicación tópica de flúor, una vez cada año. • Radiografías de rutina, que incluye aletas de mordida - 2 placas o aleta de mordida - 4 placas o 1 placa panorámica, una vez cada año calendario. <p>Consulte la “Lista de contactos para beneficios adicionales” en su Directorio de Proveedores para información sobre proveedores contratados.</p>	<p>Copago de \$0.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de audición.</p> <p>Las pruebas auditivas básicas realizadas por su proveedor están cubiertas como atención para pacientes ambulatorios cuando son proporcionadas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Exámenes auditivos de rutina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Límite de 1 examen cada año. <p>Aparatos auditivos:</p> <p>Aparatos auditivos cubiertos una vez cada 2 años.</p> <p>Consulte la “Lista de contactos para beneficios adicionales” en su Directorio de Proveedores para información sobre proveedores contratados.</p>	<p>Examen auditivo:</p> <p>Brindado por: EPIC Hearing Healthcare. Copago de \$0.</p> <p>Aparatos auditivos:</p> <p>Brindados por: EPIC Hearing Healthcare.</p> <p>El crédito para aparatos auditivos es \$300.</p>
<p>Atención oftalmológica.</p> <p>Examen ocular de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Límite de 1 examen cada año. <p>Artículos ópticos de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marcos y lentes normales, y lentes de contacto cada 2 años 	<p>Examen ocular de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0. <p>Artículos ópticos de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por lentes/ monturas estándar y lentes de contacto ilimitados, máximo \$225.
<p>Programa educativo de salud y bienestar.</p> <p>Beneficio de productos para la salud.</p> <p>Usted recibirá un crédito trimestral (Enero, Abril, Julio y Octubre) que le permitirá adquirir del catálogo de FieldTex Products, Inc. artículos para el cuidado de la salud personal. Este catálogo contiene varios productos de venta sin receta y de uso diario que le serán entregados a domicilio. El crédito trimestral expira al final de cada trimestre (Marzo 31, Junio 30, Septiembre 30 y Diciembre 31) y no puede ser añadida al trimestre siguiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El crédito trimestral es de \$25.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Programas educativos de salud y bienestar.</p> <p>Programa de Fitness:</p> <p>Membresía para el Programa de Fitness SilverSneakers® a través de los centros de fitness de la red. No hay cargos para visita o utilización de membresía básica cuando usted utiliza proveedores de servicio dentro la red.</p> <p>Consulte la “Lista de contactos para beneficios adicionales” en su Directorio de Proveedores para información sobre proveedores contratados.</p>	<p>Proporcionado por el Programa de Fitness SilverSneakers®. Copago de \$0.</p>
<p>Examen físico de rutina.</p> <p>Incluye un examen físico integral y una evaluación del estado de las enfermedades crónicas. No incluye pruebas de laboratorio.</p>	<p>Copago de \$0 para un examen físico de rutina cada año.</p>
<p>Transporte de rutina.</p> <p>Transporte de rutina por máximo 60 viajes de ida o de vuelta por año calendario. (Limitado a transporte terrestre solamente).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traslado desde o hacia ubicaciones aprobadas por el plan, como médicos, centros médicos y farmacias de la red. <p>Los servicios de transporte deben ser solicitados 48 horas antes de la cita programada.</p> <p>Nota: El transporte sólo se brinda dentro del área de servicio. El transporte en camilla (para los miembros que requieran una camilla) no es un beneficio cubierto. Los conductores no tienen formación médica. En caso de emergencia, llame al 911.</p>	<p>Copago de \$0.</p>
<p>* Los servicios cubiertos no cuentan para el cálculo de su monto máximo de desembolso personal.</p>	

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

Sección 3.1 Beneficios que no cubrimos (exclusiones)

Esta sección le explica qué tipos de beneficios están “excluidos”. Excluidos significa que el plan no cubre estos beneficios. En ciertos casos, cubrimos artículos o servicios que están excluidos por Medicare bajo los beneficios de Medicaid de nuestro plan. Para más información acerca de los beneficios de la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid), comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono están indicados en la contraportada de este folleto).

La lista a continuación describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna condición, y algunos que están excluidos por Medicare sólo bajo ciertas condiciones específicas.

Si obtiene beneficios que están excluidos, debe pagar usted mismo por ellos. Nosotros no pagaremos por los beneficios médicos excluidos mencionados en esta sección (o en cualquier otro sitio de este folleto), y tampoco lo hará Medicare Original. La única excepción: si un beneficio en la lista de exclusiones se decide, bajo apelación, que debió ser un beneficio médico que debimos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3 de este folleto).

Además de cualquier exclusión o limitación descrita en la Tabla de Beneficios, o en cualquier sitio en esta **Evidencia de Cobertura, los siguientes artículos y servicios no están cubiertos bajo Medicare Original ni bajo nuestro plan:**

- Servicios considerados como no razonables ni necesarios, conforme a los estándares de Medicare Original, a menos de que estos servicios se encuentren mencionados en nuestro plan como servicios cubiertos.
- Procedimientos experimentales quirúrgicos o médicos, y equipos y medicaciones experimentales, a menos de que se encuentren cubiertos por Medicare Original o por un ensayo clínico aprobado por Medicare. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5, para más información sobre ensayos clínicos). Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos procedimientos y artículos que nuestro plan y Medicare Original han determinado no ser generalmente aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para obesidad patológica, excepto cuando sea considerado médicamente necesario y esté cubierto bajo Medicare Original.
- Habitaciones privadas en un hospital, excepto cuando sea considerado médicamente necesario.
- Enfermería privada de turno.
- Artículos personales en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, tales como teléfono o televisión.
- Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.
- Cuidado supervisado, a menos de que sea brindado con atención de enfermería especializada y/o servicios de rehabilitación especializados cubiertos. Cuidado supervisado o atención no especializada es atención de ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.
- Los servicios de una empleada del hogar que proveen asistencia básica, incluyendo tareas limitadas de ama de llaves y preparación de comidas ligeras.
- Honorarios cobrados por sus parientes inmediatos o por miembros de su hogar.

- Entrega de comidas a domicilio.
- Procedimientos o servicios voluntarios o electivos de mejoramiento (incluyendo pérdida de peso, crecimiento de pelo, funcionamiento sexual, rendimiento atlético, propósitos cosméticos, propósitos antienvjecimiento y funcionamiento mental), excepto cuando son médicamente necesarios.
- Cirugía plástica cosmética o procedimientos cosméticos, excepto que se deban a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo con malformación. Sin embargo, todas las etapas de reconstrucción están cubiertas para seno después de una mastectomía, como también para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica.
- Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras, excepto cuando esté descrito específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos en este capítulo. Sin embargo, la atención odontológica no de rutina necesaria para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención para pacientes internos o ambulatorios.
- Atención quiropráctica, diferente a la manipulación manual de la columna vertebral consistente con las pautas de cobertura de Medicare, excepto como está descrito específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos en este capítulo.
- Cuidado de rutina del pie, excepto por la cobertura limitada brindada bajo las pautas de Medicare, excepto como está descrito específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos en este capítulo.
- Zapatos ortopédicos, a menos de que sean parte de una pierna ortopédica y estén incluidos en el costo de dicha pierna o que los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético, excepto como está descrito específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos en este capítulo.
- Aparatos de soporte para los pies, excepto para zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
- Exámenes de audición de rutina, aparatos auditivos, o exámenes para acomodar aparatos auditivos, excepto como está descrito específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos en este capítulo.
- Anteojos, exámenes oftalmológicos de rutina (excepto como está descrito específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos en este capítulo), queratometría radial, cirugía LASIK, terapia visual y otras ayudas para visión reducida. Sin embargo, los anteojos están cubiertos para personas después de una cirugía de cataratas.
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios incluyendo medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual, incluyendo disfunción eréctil, impotencia y anorgasmia o hiporgasmia, excepto como está descrito en el Capítulo 6.
- Procedimientos para revertir una esterilización, operaciones de cambio de sexo y suministros anticonceptivos no recetados.
- Acupuntura, excepto como está descrito específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos en este capítulo.
- Servicios de naturopatía (utilización de tratamientos naturales o alternativos), excepto como está descrito específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos en este capítulo.
- Servicios brindados a los veteranos en las instalaciones del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, cuando los servicios de emergencia son recibidos en un hospital del Departamento de Asuntos de Veteranos y los costos compartidos de VA son más elevados que los costos compartidos bajo nuestro plan, le reembolsaremos a los veteranos la diferencia. Los miembros continúan siendo responsables por nuestros montos de costos compartidos.

- Servicio de intercepción paramédica (soporte vital avanzado brindado por una entidad de servicio de emergencia, como una unidad de servicios paramédicos que no brinda transporte de ambulancia), excepto cuando se cumplen los criterios de Medicare.
- Características o accesorios opcionales, adicionales o de lujo para equipo médico durable, aparatos correctivos o protésicos que sean fundamentalmente para la conveniencia o comodidad del miembro, o para la ambulación en la comunidad, incluyendo remodelación o modificación del hogar o vehículo.
- Inmunizaciones para propósitos de viajes al extranjero.
- Desintoxicación y rehabilitación por abuso de sustancias, excepto cuando están cubiertos de acuerdo a las pautas de Medicare.
- Si usted está solicitando al plan que pague su participación de los costos para medicamentos cubiertos, debe enviarnos su solicitud para el pago dentro de los 90 días de la obtención de sus medicamentos recetados.

Revisamos periódicamente nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos para determinar si son seguros y eficaces para los miembros. Los nuevos procedimientos y tecnologías que resultan ser seguros y eficaces son elegibles para convertirse en servicios cubiertos. Si la tecnología se convierte en un servicio cubierto, estará sujeta a todos los demás términos y condiciones del plan, incluyendo la necesidad médica y todo copago, coaseguro, deducible y cualquier otra contribución aplicable para el miembro.

Al determinar si cubriremos un servicio, utilizamos las pautas tecnológicas patentadas para revisar nuevos dispositivos, procedimientos o medicamentos, incluyendo los relacionados con salud conductual. Cuando la necesidad clínica requiere una determinación rápida de la seguridad y de la eficacia de una nueva tecnología, o de una nueva aplicación de una tecnología existente, para un miembro en particular, uno de nuestros directores médicos toma una determinación de necesidad médica basada en la documentación médica de dicho miembro en particular, en una revisión de los conocimientos científicos publicados y, según sea apropiado, en la opinión especializada o profesional pertinente de un individuo experto en dicha tecnología.

El plan no cubrirá los servicios excluidos aquí enumerados. Incluso si usted recibe los servicios en un centro de emergencias, los servicios excluidos seguirán sin cobertura.

CAPÍTULO 5: Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	3
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D.....	3
Sección 1.2	Reglas básicas para la cobertura del plan de medicamentos de la Parte D	4
SECCIÓN 2	Obtener medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	4
Sección 2.1	Para que sus medicamentos recetados estén cubiertos, utilice una farmacia de la red	4
Sección 2.2	Encontrar farmacias de la red.....	4
Sección 2.3	Utilizar los servicios de pedido por correo del plan.....	5
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro prolongado de medicamentos?	6
Sección 2.5	¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no está en la red del plan?.....	6
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan	7
Sección 3.1	La “Lista de Medicamentos” le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos.....	7
Sección 3.2	¿Cómo puede usted saber si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos?.....	8
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	9
Sección 4.1	¿Por qué tienen restricciones algunos medicamentos?.....	9
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?	9
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones aplica a sus medicamentos?	10
SECCIÓN 5	¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted quisiera que estuviese cubierto?	11
Sección 5.1	Existen cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto como usted quisiera que estuviese cubierto	11
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si el medicamento está restringido de algún modo?	11
SECCIÓN 6	¿Qué pasa si su cobertura cambia para alguno de sus medicamentos?.....	13
Sección 6.1	La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año.....	13
Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura para un medicamento que usted está tomando?	14
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos no están cubiertos por el plan?.....	15
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	15
SECCIÓN 8	Enseñe su tarjeta de membresía al plan cuando obtenga medicamentos recetados	16
Sección 8.1	Enseñe su tarjeta de membresía	16
Sección 8.2	¿Qué pasa si no tiene su tarjeta de membresía con usted?.....	16

SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	16
Sección 9.1	¿Qué pasa si usted está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan?.....	16
Sección 9.2	¿Qué pasa si usted es residente en un centro para cuidados prolongados?.....	17
Sección 9.3	¿Qué pasa si también está obteniendo cobertura de medicamentos de un plan grupal de empleador o de jubilados?.....	17
SECCIÓN 10	Programas para la seguridad en materia de medicamentos y la gestión de medicaciones	18
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de manera segura	18
Sección 10.2	Programas para ayudar a los miembros a gestionar sus medicaciones	18



¿Cómo puede recibir información sobre sus costos de medicamentos?

Por ser elegible a los beneficios de la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid), usted califica para recibir “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, y la está recibiendo. Al estar en el programa de Ayuda Adicional, **parte de la información en esta Evidencia de Cobertura acerca de los costos de medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicar para usted.**

Le enviaremos por separado la “Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional en el pago de sus medicamentos recetados” (LIS Rider), que trata de su cobertura de medicamentos. Si no tiene esta cláusula adicional, comuníquese con el Servicio al Cliente y solicite la “Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional en el pago de sus medicamentos recetados” (LIS Rider). Los números de teléfono del Servicio al Cliente están indicados en la contraportada de este folleto.

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo explica las reglas para utilizar su cobertura para medicamentos de la Parte D. El siguiente capítulo explica lo que debe pagar por medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, **Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D**).

Además de su cobertura para medicamentos de la Parte D, el plan también cubre algunos medicamentos bajo los beneficios médicos del plan:

- El plan cubre los medicamentos que le son brindados en 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**) informa sobre los beneficios y costos para medicamentos durante una estadía cubierta en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
- La Parte B de Medicare también brinda beneficios para algunos medicamentos. Los medicamentos de la Parte B incluyen ciertos medicamentos para quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que le son brindados durante una visita al consultorio y medicamentos que le son brindados en un centro para diálisis. El Capítulo 4 (**Tabla de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga**) informa sobre sus beneficios y costos para medicamentos de la Parte B.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, ciertos medicamentos recetados están cubiertos para usted bajos sus beneficios de la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid). La Lista de Medicamentos de la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid) le indica cómo informarse acerca de su cobertura de medicamentos por parte de la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid). **Este capítulo explica las reglas para utilizar su cobertura para medicamentos de la Parte D.** El siguiente capítulo explica lo que usted debe pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, **Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D**).

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

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que usted siga estas reglas básicas:

- Su receta de medicamentos debe ser emitida por un proveedor de la red (un médico u otro recetador).
- Usted debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos recetados. (Consulte la Sección 2, **Obtener medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan**).
- Su medicamento debe estar en la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** del plan (lo denominamos la “Lista de Medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, **Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos del plan**).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente admitida. Una “indicación médicamente admitida” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de alimentos y medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o indicado en ciertos manuales de referencia (Consulte la Sección 3 para más información sobre indicaciones médicamente admitidas).

SECCIÓN 2 Obtener medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Para que sus medicamentos recetados estén cubiertos, utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos **solamente** si son obtenidos en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para saber en qué casos cubrimos los medicamentos recetados obtenidos en una farmacia fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionarle sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos en la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 2.2 Encontrar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, usted puede buscar en su **Directorio de Farmacias**, consultar nuestro sitio de Internet (www.PHCcares.com) o comunicarse con el Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). Elija lo que sea más fácil para usted.

Usted puede utilizar cualquiera de nuestras farmacias de la red. Si usted se cambia de una farmacia de la red a otra y necesita una recarga de un medicamento que ha estado tomando, puede pedir una nueva receta por parte de un proveedor o solicitar que su receta sea transferida a su nueva farmacia de la red.

¿Qué pasa si la farmacia que usted ha estado utilizando abandona la red?

Si la farmacia que usted ha estado utilizando abandona la red del plan, deberá encontrar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, usted puede obtener ayuda del Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto) o utilizar el **Directorio de Farmacias**.

¿Qué pasa si usted necesita una farmacia especializada?

En algunas ocasiones los medicamentos recetados deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que brindan medicamentos para terapias de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes en centros para cuidados prolongados. Usualmente, un centro para cuidados prolongados (como un centro de convalecencia para personas mayores) tiene su propia farmacia. Los residentes pueden obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro siempre que ésta sea parte de nuestra red. Si su farmacia de cuidados prolongados no está en nuestra red, comuníquese con el Servicio al Cliente.
- Farmacias que funcionan para el Programa de Salud Indígena, Tribal y Urbana (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencias, sólo los nativos de los Estados Unidos y de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que dispensan a ciertas ubicaciones medicamentos restringidos por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés), o que requieren manejo especial, coordinación del proveedor o educación sobre su utilización. (Nota: Esta situación debería producirse en raras ocasiones).

Para ubicar farmacias especializadas, consulte su **Directorio de Farmacias** o comuníquese con el Servicio al Cliente.

Sección 2.3 Utilizar los servicios de pedido por correo del plan

El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que usted solicite un **suministro de máximo 90 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados por correo, puede comunicarse con nuestra farmacia de servicio por correo, Prescription Solutions® by OptumRx™. Puede comunicarse con Prescription Solutions by OptumRx al 1-877-889-6358, o aquellos con discapacidad auditiva (usuarios de TTY/TDD) al 1-866-394-7218, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si utiliza una farmacia de pedido por correo que no pertenece a la red del plan, sus medicamentos recetados no estarán cubiertos.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados por correo, consulte su **Directorio de Farmacias** para encontrar las farmacias de servicio por correo que forman parte de nuestra red. Si usted utiliza una farmacia de pedido por correo que no forma parte de la red del plan, sus medicamentos recetados no tendrán cobertura.

Usualmente, un pedido de farmacia de pedido por correo le llegará en máximo 7 días. Sin embargo, en algunas ocasiones su pedido por correo puede retrasarse. Si su pedido por correo se retrasa por cualquier motivo, siga los siguientes pasos:

Si su medicamento recetado se encuentra registrado en los archivos de su farmacia local, diríjase a su farmacia y sùrtase del medicamento recetado. Si su medicamento recetado cuyo pedido está retrasado no se encuentra registrado en los archivos de su farmacia local, solicite a su médico que se comunique con su farmacéutico para que emita una nueva receta. O su farmacéutico puede comunicarse con el consultorio de su médico para solicitar la receta. Si su farmacéutico encuentra dificultades, tiene preguntas, inquietudes o necesita anular la solicitud de su medicamento recetado cuyo pedido está retrasado, puede comunicarse con el teléfono de asistencia en farmacias al 1-877-889-6481, (usuarios de TTY/TDD) 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro prolongado de medicamentos?

Cuando usted obtiene un suministro prolongado de medicamentos, sus costos compartidos pueden ser más bajos. El plan ofrece dos maneras para obtener un suministro prolongado de medicamentos de “pedido por correo” que se encuentran en nuestra Lista de Medicamentos del plan. (Los medicamentos de pedido por correo son aquellos que usted consume periódicamente, para una afección médica crónica o de cuidados prolongados).

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro prolongado de medicamentos de pedido por correo. Algunas de estas farmacias minoristas pueden estar de acuerdo en aceptar el monto de costos compartidos de pedido por correo para un suministro prolongado de medicamentos de pedido por correo. Otras farmacias minoristas pueden no estar de acuerdo en aceptar el monto de costos compartidos de pedido por correo para un suministro prolongado de medicamentos de pedido por correo. En este caso, usted será responsable de la diferencia en el costo. Su **Directorio de Farmacias** le indica qué farmacias en nuestra red pueden darle un suministro prolongado de medicamentos de pedido por correo. Usted también puede comunicarse con el Servicio al Cliente para más información.
2. Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede utilizar los **servicios de pedido por correo** en la red del plan. El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que usted solicite un suministro de máximo 90 días. Consulte la Sección 2.3 para más información sobre la utilización de nuestros servicios de pedido por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no está en la red del plan?

Sus medicamentos recetados pueden estar cubiertos en ciertas situaciones.

Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede obtener sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. Generalmente, cubrimos medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red **sólo** cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. A continuación describimos circunstancias en las que podríamos cubrir medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red:

- Si usted va a una farmacia que no forma parte de la red de nuestro plan, la farmacia es considerada una farmacia fuera de la red.
- **Medicamentos recetados para emergencias médicas**
Cubriremos los medicamentos recetados que se obtengan en una farmacia fuera de la red si los medicamentos recetados están relacionados con la atención de emergencia médica o de atención médica urgente, si se encuentran en nuestro Formulario sin ninguna restricción, y si no están excluidos de cobertura de la Parte D de Medicare.
- **Cobertura mientras está de viaje o por fuera del área de servicio**
Si usted toma un medicamento recetado regularmente y va a salir de viaje, asegúrese de revisar su suministro del medicamento antes de salir. Cuando sea posible, lleve toda la medicación que va a necesitar. Puede solicitar sus medicamentos recetados anticipadamente a través de nuestro servicio de farmacias preferidas de pedido por correo de nuestra red o a través de nuestras otras farmacias de la red.
Si usted está de viaje dentro de los Estados Unidos y se enferma o se le terminan o pierden sus medicamentos recetados, nosotros cubriremos los medicamentos recetados adquiridos en una farmacia fuera de la red, siempre que siga todas las otras reglas de cobertura.
- Si usted no puede obtener un medicamento cubierto oportunamente dentro de nuestra área de servicio debido a que una farmacia de la red con servicio de 24 horas no se encuentra a razonable distancia en automóvil.
- Si usted está intentando obtener un medicamento recetado que no es normalmente almacenado en una farmacia minorista de la red o en una farmacia de la red de pedido por correo preferida accesible (incluyendo medicamentos de costo elevado y únicos).
- Si usted necesita un medicamento recetado mientras se encuentra como paciente en una sala de emergencias, en la clínica de un proveedor, en un centro de cirugía ambulatoria o en otro centro para pacientes ambulatorios.

En estas situaciones, **consulte primero con el Servicio al Cliente** para averiguar si hay una farmacia de la red cerca.

¿Cómo solicitar un reembolso por parte del plan?

Si usted tiene que utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en vez de pagar su participación normal en el costo) cuando adquiera sus medicamentos recetados. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de la participación en el costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1, explica cómo solicitar un reembolso del plan).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan

Sección 3.1	La “Lista de Medicamentos” le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos
--------------------	--

El plan tiene una “**Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)**”. En esta **Evidencia de Cobertura**, la denominamos “**Lista de Medicamentos**” para abreviar.

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requerimientos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos del plan.

Generalmente, cubriremos un medicamento de la Lista de Medicamentos del plan siempre que usted siga las demás reglas de cobertura explicadas en este capítulo y que el uso del medicamento sea una indicación médicamente admitida. Una “indicación médicamente admitida” es un uso del medicamento que está, **ya sea**:

- aprobado por la Administración de alimentos y medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés). (Es decir que la Administración de alimentos y medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o afección para los cuales ha sido recetado).
- **o** – indicado en ciertos manuales de referencia. (Estos manuales de referencia son: Información sobre medicamentos del servicio de formulario de los hospitales americanos [American Hospital Formulary Service Drug Information], el Sistema de información DRUGDEX [DRUGDEX Information System] y el USPDI o su sucesor).

La Lista de Medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general actúa del mismo modo que el medicamento de marca y usualmente su costo es menor. Existen medicamentos genéricos de sustitución disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué no está en la Lista de Medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para más sobre esto, consulte la Sección 7.1 en este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento particular en nuestra Lista de Medicamentos.
- Los medicamentos cubiertos por la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid) pueden no estar incluidos en la Lista de Medicamentos de este plan. Si este plan no cubre un medicamento determinado, compruebe si el medicamento tiene cobertura en la Lista de Medicamentos de la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid).

Sección 3.2	¿Cómo puede usted saber si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos?
--------------------	---

Usted tiene tres maneras de averiguarlo:

1. Revise la Lista de Medicamentos más reciente que le hayamos enviado por correo. (Tenga en cuenta que: la Lista de Medicamentos que le enviamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que más usan nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales, los cuales no están incluidos en la Lista de Medicamentos impresa. Si alguno de sus medicamentos no se encuentra en la Lista de Medicamentos, debe visitar nuestro sitio de Internet o comunicarse con el Servicio al Cliente para averiguar si lo cubrimos).
2. Visite el sitio de Internet del plan (www.PHCcares.com). La Lista de Medicamentos en el sitio de Internet siempre es la más actualizada.

3. Comuníquese con el Servicio al Cliente para saber si un medicamento en particular está en la Lista de Medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. Los números de teléfono del Servicio al Cliente se encuentran en la contraportada de este folleto.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué tienen restricciones algunos medicamentos?

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas reglas para ayudar a nuestros miembros a utilizar de manera más efectiva los medicamentos. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos totales de medicamentos, lo cual mantiene su cobertura de medicamentos más asequible.

En general, nuestras reglas lo invitan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y efectivo. Cuando un medicamento seguro y de costo más bajo funcione médicamente del mismo modo que un medicamento de costo más elevado, las reglas del plan están diseñadas para animarlos a usted y a su proveedor a tomar la opción de menor costo. Además, debemos cumplir con las reglas y regulaciones de Medicare para la cobertura y los costos compartidos de los medicamentos.

Si su medicamento tiene una restricción, habitualmente esto significa que usted o su proveedor deberán realizar ciertos procedimientos adicionales para que cubramos dicho medicamento. Si usted desea que le otorguemos una exención para dicha restricción, deberá utilizar el proceso formal de apelaciones y solicitarnos una excepción. Nosotros podremos aprobar o no aprobar dicha exención. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para información sobre cómo solicitar una excepción).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a utilizar de manera más efectiva los medicamentos. Las secciones a continuación le informan más sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando la versión genérica se encuentra disponible.

En general, un medicamento “genérico” actúa del mismo modo que un medicamento de marca y usualmente cuesta menos. **Cuando una versión genérica de un medicamento de marca se encuentra disponible, nuestras farmacias de la red deben brindarle la versión genérica.** En general no cubriremos un medicamento de marca si la versión genérica está disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha indicado un motivo médico por el cual el medicamento genérico no funcionará para usted, O ha indicado “sin sustituciones” en su receta para un medicamento de marca, O nos ha indicado un motivo médico por el cual ni el medicamento genérico ni los demás medicamentos cubiertos hechos para tratar la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su participación en el costo podría ser más elevada para un medicamento de marca que para un medicamento genérico).

Obtener previamente autorización del plan.

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener aprobación del plan antes de que nosotros acordemos cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina **“autorización previa”**. A veces, el requerimiento de obtener aprobación con anticipación ayuda a guiar una utilización apropiada de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene esta aprobación, su medicamento podría no estar cubierto por el plan.

Probar primero un medicamento diferente.

Este requerimiento lo anima a probar medicamentos menos costosos pero igualmente efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerir que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, el plan entonces cubrirá el medicamento B. Este requerimiento de probar primero un medicamento diferente se denomina **“Tratamiento Escalonado”**.

Límites de cantidad.

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que usted puede tener. Por ejemplo, el plan podría limitar el número de recargas de un medicamento que usted puede obtener, o la cantidad de un medicamento que puede adquirir cada vez que usted obtiene sus medicamentos recetados. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar sólo una píldora diaria de ciertos medicamentos, podemos limitar la cobertura de sus medicamentos recetados a no más de una píldora diaria.

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones aplica a sus medicamentos?

La Lista de Medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones mencionadas anteriormente. Para saber si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, revise la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto) o revise nuestro sitio de Internet (www.PHCcares.com).

Si su medicamento tiene una restricción, habitualmente esto significa que usted o su proveedor deberán realizar ciertos procedimientos adicionales para que cubramos dicho medicamento. Si existe una restricción para el medicamento que usted desea tomar, comuníquese con el Servicio al Cliente para averiguar lo que usted o su proveedor deben hacer para obtener la cobertura del medicamento. Si usted desea que le otorguemos una exención para dicha restricción, deberá utilizar el proceso formal de apelaciones y solicitarnos una excepción. Nosotros podremos aprobar o no aprobar dicha exención. (Consulte el Capítulo 9, Sección 7.4 para información sobre cómo solicitar una excepción).

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted quisiera que estuviese cubierto?

Sección 5.1 Existen cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto como usted quisiera que estuviese cubierto

Supongamos que hay un medicamento recetado que usted está tomando o que usted y su proveedor consideran que usted debería estar tomando. Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero es posible que usted pueda tener un problema. Por ejemplo:

- **¿Qué pasa si el medicamento que usted desea tomar no está cubierto por el plan?** Por ejemplo, el medicamento puede no estar cubierto de ninguna manera. O puede haber cobertura para una versión genérica pero la versión de marca que usted desea tomar no está cubierta.
- **¿Qué pasa si el medicamento está cubierto pero existen reglas o restricciones adicionales en la cobertura para ese medicamento?** Como se explicó en la Sección 4, algunos medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales que restringen su utilización. Por ejemplo, se le puede solicitar que pruebe primero un medicamento diferente, para ver si éste funciona, antes de cubrir el medicamento que usted desea tomar. O puede haber límites en la cantidad de un medicamento (número de píldoras, etc.) que está cubierta por un período particular de tiempo. En algunos casos, usted puede desear que le otorguemos una exención con respecto a la restricción. Por ejemplo, usted puede desear que cubramos cierto medicamento para usted sin tener que probar previamente otros medicamentos. O puede querer que cubramos una cantidad de determinado medicamento (número de píldoras, etc.) mayor que la que habitualmente cubrimos.

Existen cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto como usted quisiera que estuviese cubierto.

- Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si el medicamento está restringido de algún modo?

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está restringido, a continuación están las cosas que usted puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (sólo los miembros que están en ciertas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará tiempo a usted y a su proveedor para cambiar por otro medicamento o para solicitar que el medicamento sea cubierto.
- Puede cambiarse a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y solicitarle al plan que cubra o que elimine las restricciones sobre ese medicamento.

Usted puede obtener un suministro temporal.

Bajo ciertas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no se encuentra en la Lista de Medicamentos o cuando está restringido de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio de cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, usted debe cumplir con los dos requisitos expuestos a continuación:

1. **El cambio de su cobertura de medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos de cambios:**
 - El medicamento que usted ha estado tomando **ya no se encuentra en la Lista de Medicamentos del plan.**
 - – o – el medicamento que ha estado tomando está **ahora restringido de alguna manera** (la Sección 4 de este capítulo informa sobre las restricciones).
2. **Usted debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:**
 - **Para los miembros que estuvieron en el plan el año pasado y no están en un centro para cuidados prolongados:**
Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **sólo una vez durante los 90 primeros días del año calendario.** Este suministro temporal será para un suministro de máximo 31 días, o menos si su medicamento está recetado para menos días. Los medicamentos recetados deben ser adquiridos en una farmacia de la red.
 - **Para los miembros nuevos del plan que no están en un centro para cuidados prolongados:**
Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **sólo una vez durante los 90 primeros días de su membresía** al plan. Este suministro temporal será para un suministro de máximo 31 días, o menos si su medicamento está recetado para menos días. El medicamento recetado debe ser obtenido en una farmacia de la red.
 - **Para los miembros nuevos del plan y que son residentes en un centro para cuidados prolongados:**
Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los 90 primeros días de su membresía** al plan. El primer suministro será para un suministro de máximo 31 días, o menos si su medicamento está recetado para menos días. Si es necesario, cubriremos recargas adicionales durante sus 90 primeros días en el plan.
 - **Para los miembros que han permanecido en el plan por más de 90 días y son residentes en un centro para cuidados prolongados y necesitan un suministro de inmediato:**
Cubriremos un suministro de 31 días, o menos si su medicamento está recetado para menos días. Esto es adicional al suministro de transición para cuidados prolongados mencionado anteriormente.
 - **Para los miembros actuales con cambios en su nivel de atención:**
Pueden ocurrir transiciones inesperadas, como altas hospitalarias o cambios en el nivel de atención, que se producen después de los primeros 90 días de estar inscrito como miembro de nuestro plan. Si le es recetado un medicamento que no aparece en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, usted debe usar el procedimiento de excepciones del plan. Puede pedir un suministro de emergencia de una sola vez por un máximo de 31 días que le brindará tiempo para hablar con su médico sobre un tratamiento alternativo o de solicitar una excepción al formulario.

Para solicitar un suministro temporal, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).

Durante el tiempo en que usted tiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando el suministro temporal se termine. Usted puede cambiarse a otro medicamento que esté cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento que usted está tomando. Las secciones a continuación le explican más sobre estas opciones.

Usted puede cambiarse a otro medicamento.

Empiece por hablar con su proveedor. Es posible que exista para usted otro medicamento cubierto por el plan que actúe del mismo modo. Puede comunicarse con el Servicio al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

Usted puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y que cubra el medicamento como usted quisiera que estuviese cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, usted puede solicitarle al plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de Medicamentos del plan. O puede solicitarle al plan que haga una excepción y que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y el medicamento que está tomando será retirado del formulario o restringido de alguna manera para el año siguiente, le permitiremos que solicite con anticipación una excepción al formulario para el año siguiente. Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Puede entonces solicitarnos hacer una excepción y cubrir el medicamento como usted quisiera que estuviese cubierto para el siguiente año. Le daremos una respuesta a su solicitud de excepción antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 7.4 le explica qué debe hacer. Explica los procedimientos y fechas límite que han sido establecidos por Medicare para asegurar que su solicitud sea manejada justa y prontamente.

SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si su cobertura cambia para alguno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos suceden al inicio de cada año (Enero 1). Sin embargo, durante el año, el plan puede hacer muchos tipos de cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan puede:

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de Medicamentos.** Nuevos medicamentos se vuelven disponibles, incluyendo nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno haya aprobado una nueva utilización para un medicamento existente. En algunas ocasiones, un medicamento es retirado y decidimos no cubrirlo. O podríamos retirar un medicamento de la lista debido a que se demostró su ineffectividad.

- **Agregar o retirar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para más información sobre restricciones de cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

En la mayoría de los casos, debemos obtener autorización de Medicare para los cambios que hagamos a la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura para un medicamento que usted está tomando?
--------------------	---

¿Cómo sabrá si su cobertura para un medicamento ha sido cambiada?

Si se hace un cambio de cobertura **para un medicamento que usted está tomando**, el plan le enviará una notificación para informárselo. Normalmente, **se lo haremos saber con una anticipación mínima de 60 días.**

De vez en cuando, un medicamento es **retirado repentinamente** porque se descubrió que no era seguro o por otras razones. Si esto sucede, el plan inmediatamente retirará el medicamento de la Lista de Medicamentos. Le informaremos de este cambio de inmediato. Su proveedor también sabrá de este cambio y podrá trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

¿Lo afectarán de inmediato los cambios en su cobertura de medicamentos?

Si algunos de los siguientes tipos de cambios afectan el medicamento que usted está tomando, el cambio no lo afectará a usted hasta Enero 1 del año siguiente si continúa en el plan:

- Si colocamos una nueva restricción en la utilización de su medicamento.
- Si retiramos su medicamento de la Lista de Medicamentos, pero no debido a un retiro repentino ni por su reemplazo por un nuevo medicamento genérico.

Si alguno de estos cambios afecta un medicamento que usted está tomando, el cambio no afectará su utilización ni lo que usted paga de su participación en el costo hasta Enero 1 del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente usted no vea ningún aumento en sus pagos ni restricciones agregadas a la utilización de su medicamento. Sin embargo, en Enero 1 del año siguiente los cambios lo afectarán.

En algunas ocasiones, el cambio en la cobertura lo afectará antes de Enero 1:

- Si un **medicamento de marca que usted está tomando es reemplazado por un nuevo medicamento genérico**, el plan debe darle al menos 60 días de aviso o brindarle una recarga de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.
 - Durante este período de 60 días, usted debe trabajar con su proveedor para cambiarse al genérico o a otro medicamento que nosotros cubramos.
 - O usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y continúe cubriendo el medicamento de marca para usted. Para información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (**Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamaciones)**).
- De nuevo, si un medicamento es **retirado repentinamente** porque se descubrió que no era seguro o por otras razones, el plan retirará inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Le informaremos de este cambio de inmediato.

- Su proveedor también sabrá de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos no están cubiertos por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos
--

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

Si obtiene medicamentos que están excluidos por Medicare y por la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas [Texas Medicaid Health and Human Services Commission] (Medicaid), debe pagar usted mismo por ellos. Nosotros no pagaremos los medicamentos mencionados en esta sección. La única excepción: Si el medicamento solicitado se encuentra bajo apelación, como un medicamento no excluido bajo la Parte D y que debimos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 7.5 en este folleto).

A continuación están las tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- Nuestra cobertura de medicamentos de la Parte D del plan no puede cubrir medicamentos que estarían cubiertos bajo la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir medicamentos adquiridos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan usualmente no cubre la utilización fuera de lo indicado en la etiqueta. “Utilización fuera de lo indicado en la etiqueta” (“off-label use”) es cualquier utilización del medicamento distinta a lo indicado en la etiqueta de un medicamento tal como ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés).
 - Generalmente, la cobertura para “utilización fuera de lo indicado en la etiqueta” (“off-label use”) es permitida sólo cuando la utilización está respaldada por ciertos libros de referencia. Estos libros de referencia son: la Información sobre medicamentos del servicio de formulario de los hospitales americanos [American Hospital Formulary Service Drug Information], el Sistema de información DRUGDEX [DRUGDEX Information System] y el USPDI o su sucesor. Si la utilización no está respaldada por alguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir su “utilización fuera de lo indicado en la etiqueta” (“off-label use”).

Además, por ley, estos niveles de medicamentos no están cubiertos por planes de medicamentos de Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted bajo su cobertura de medicamentos de la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid). Compruebe en su Lista de Medicamentos de la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid) si alguno de los medicamentos indicados a continuación tienen cobertura:

- Medicamentos no recetados (también denominados medicamentos de venta sin receta).

- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para aliviar la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos utilizados para propósitos cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparados de fluoruro.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil tales como Viagra, Cialis, Levitra y Caverject.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante busca imponer como requisito que los exámenes o servicios de monitoreo asociados sean adquiridos exclusivamente del fabricante como condición de venta.
- Barbitúricos y Benzodiazepinas.

SECCIÓN 8 Enseñe su tarjeta de membresía al plan cuando obtenga medicamentos recetados

Sección 8.1 Enseñe su tarjeta de membresía

Para obtener sus medicamentos recetados, enseñe su tarjeta de membresía al plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando usted enseña su tarjeta de membresía al plan, la farmacia de la red le facturará automáticamente al plan **nuestra** participación en el costo de sus medicamentos recetados cubiertos. Usted deberá pagarle a la farmacia **su** participación en el costo cuando adquiera su medicamento recetado.

Sección 8.2 ¿Qué pasa si no tiene su tarjeta de membresía con usted?

Si usted no tiene su tarjeta de membresía al plan con usted cuando obtiene su medicamento recetado, solicite a la farmacia que se comunique con el plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **usted podrá tener que pagar el costo total de su medicamento recetado cuando lo adquiera.** (Usted puede entonces **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra participación. Consulte el Capítulo 7, la Sección 2.1, para información sobre cómo solicitarle al plan un reembolso).

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

Sección 9.1 ¿Qué pasa si usted está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan?

Si usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que usted abandone el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes

anteriores a esta sección que explican las reglas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (**Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D**) brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Sección 9.2 ¿Qué pasa si usted es residente en un centro para cuidados prolongados?

Usualmente, un centro para cuidados prolongados (como un centro de convalecencia para personas mayores) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente en un centro para cuidados prolongados, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro siempre que ésta forme parte de nuestra red.

Revise su **Directorio de Farmacias** para saber si la farmacia de su centro para cuidados prolongados forma parte de nuestra red. Si no forma parte o si necesita más información, comuníquese con el Servicio al Cliente.

¿Qué pasa si usted es residente en un centro para cuidados prolongados y se vuelve un nuevo miembro del plan?

Si usted necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos o que está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los 90 primeros días de su membresía. El primer suministro será por un máximo de 31 días, o menos si su medicamento está recetado para menos días. Si es necesario, cubriremos recargas adicionales durante sus primeros 90 días en el plan.

Si usted ha sido miembro del plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos o si el plan tiene restricciones en la cobertura del medicamento, cubriremos un sólo suministro de 31 días, o menos si su medicamento está recetado para menos días.

Durante el tiempo en que usted esté obteniendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor y decidir qué hacer cuando el suministro temporal se termine. Es posible que exista para usted otro medicamento cubierto por el plan que pueda actuar del mismo modo. O usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y que cubra el medicamento como usted quisiera que estuviese cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, la Sección 7.4 le explica qué debe hacer.

Sección 9.3 ¿Qué pasa si también está obteniendo cobertura de medicamentos de un plan grupal de empleador o de jubilados?

¿Tiene actualmente otra cobertura de medicamentos recetados a través de su grupo empleador o de jubilados (o a través de los de su cónyuge)? Si la tiene, contacte con **el administrador de beneficios del grupo**. Él o ella puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si usted está actualmente empleado, la cobertura de medicamentos recetados que recibe de nosotros será **secundaria** frente a la cobertura de su grupo empleador o de jubilados. Esto significa que su cobertura grupal pagará primero.

Nota especial sobre “cobertura acreditada”:

Cada año su grupo empleador o de jubilados debe enviarle una notificación que indica si su cobertura de medicamentos recetados será “**acreditada**” para el próximo año calendario y las opciones que usted tiene para cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan grupal es “**acreditada**”, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Conserve estas notificaciones sobre cobertura acreditada ya que las puede necesitar más adelante. Si usted se inscribe a un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, puede necesitar estas notificaciones para mostrar que usted ha permanecido con cobertura acreditada. Si usted no obtuvo una notificación sobre su cobertura acreditada de su grupo empleador o de jubilados, puede obtener una copia por parte del administrador de beneficios del plan de su grupo empleador o de jubilados, o por parte del empleador o sindicato.

SECCIÓN 10 Programas para la seguridad en materia de medicamentos y la gestión de medicaciones

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de manera segura

Realizamos revisiones de utilización de medicamentos para nuestros miembros con el fin de garantizar que estén obteniendo atención apropiada y segura. Estas revisiones son especialmente importantes para miembros que tienen más de un proveedor que receta sus medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento recetado. Además, revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como:

- Posibles errores de medicación.
- Medicamentos que pudieran no ser necesarios debido a que usted está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que pueden hacer daño si se toman simultáneamente.
- Medicamentos recetados que tienen ingredientes a los cuales usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que usted está tomando.

Si encontramos un posible problema en su utilización de medicaciones, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programas para ayudar a los miembros a gestionar sus medicaciones

Tenemos programas que pueden ayudar a nuestros miembros con situaciones especiales. Por ejemplo, algunos miembros tienen varias afecciones médicas complejas o requieren tomar muchos medicamentos al mismo tiempo, o pueden tener costos muy elevados en medicamentos.

Estos programas son voluntarios y gratuitos para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron estos programas para nosotros. Los programas pueden ayudar a asegurar que nuestros miembros estén utilizando los medicamentos que funcionan mejor para tratar sus afecciones médicas y a identificar posibles errores de medicación.

Si tenemos un programa adecuado para sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si usted decide no participar, notifíquenoslo y cancelaremos su participación en el programa. Si tiene preguntas acerca de estos programas, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	3
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otros documentos informativos que explican su cobertura de medicamentos	3
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la cual se encuentra cuando recibe el medicamento.....	4
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de nuestro plan?.....	4
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra usted	5
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de Beneficios” (“EOB”, por sus siglas en inglés).....	5
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada su información sobre sus pagos por medicamentos	6
SECCIÓN 4	Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos.....	7
Sección 4.1	Usted permanece en la Etapa de Deducible hasta que haya pagado \$320 por sus medicamentos	7
SECCIÓN 5	Durante la Etapa Inicial de Cobertura, el plan paga su participación en los costos de sus medicamentos y usted paga la suya	7
Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene su medicamento recetado	7
Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos para un suministro de un mes de un medicamento.....	8
Sección 5.3	Una tabla que muestra sus costos para un suministro prolongado (máximo 90 días) de un medicamento	9
Sección 5.4	Usted permanece en la Etapa Inicial de Cobertura hasta que sus costos totales anuales en medicamentos alcancen \$2,930	10
SECCIÓN 6	Durante la Etapa Vacío (Gap) de Cobertura, usted recibe un descuento por los medicamentos de marca y paga no más del 86% de los costos por medicamentos genéricos	11
Sección 6.1	Usted permanece en la Etapa Vacío (Gap) de Cobertura hasta que su desembolso personal alcance \$4,700.....	11
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare su desembolso personal por medicamentos recetados.....	12
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos	14
Sección 7.1	Una vez que usted se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año.....	14

SECCIÓN 8	Información adicional sobre beneficios.....	14
Sección 8.1	Nuestro plan tiene limitaciones de beneficios	14
SECCIÓN 9	Lo que usted paga por vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtenga.....	14
Sección 9.1	Nuestro plan tiene cobertura separada para la vacuna de la Parte D en sí por un lado, y para el costo de la administración de la vacuna por el otro.....	14
Sección 9.2	Usted puede llamar al Servicio al Cliente antes de obtener una vacuna	16



¿Cómo puede recibir información sobre sus costos de medicamentos?

Por ser elegible a los beneficios de la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid), usted califica para recibir “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, y la está recibiendo. Al estar en el programa de Ayuda Adicional, **parte de la información en esta Evidencia de Cobertura acerca de los costos de medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicar para usted.**

Le enviaremos por separado la “Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional en el pago de sus medicamentos recetados” (LIS Rider), que trata de su cobertura de medicamentos. Si no tiene esa cláusula adicional, comuníquese con el Servicio al Cliente y solicite la “Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional en el pago de sus medicamentos recetados” (LIS Rider). Los números de teléfono del Servicio al Cliente están indicados en la contraportada de este folleto.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otros documentos informativos que explican su cobertura de medicamentos
--------------------	--

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para facilitar las cosas, en este capítulo usamos “medicamento” para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como está explicado en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos bajo la Parte A o la Parte B o bajo la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid) [Texas Medicaid Health and Human Services Commission (Medicaid)], y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por la ley.

Para que entienda la información sobre pago que le brindamos en este capítulo, usted necesita saber lo básico sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos recetados y qué reglas seguir al obtener sus medicamentos cubiertos. A continuación están los documentos informativos que explican lo básico:

- **La Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan.** Para facilitar las cosas, la llamaremos “Lista de Medicamentos”.
 - La Lista de Medicamentos le indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
 - Si usted necesita un copia de la Lista de Medicamentos, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). Usted también puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestro sitio de Internet en www.PHCcares.com. La Lista de Medicamentos en nuestro sitio de Internet siempre es la más actualizada.
- **El Capítulo 5 de este folleto.** El Capítulo 5 brinda detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluyendo las reglas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también le indica qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.

- **El Directorio de Farmacias del plan.** En la mayoría de las situaciones usted debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). El **Directorio de Farmacias** tiene una lista de farmacias dentro de la red del plan. Además, le indica cómo puede obtener un suministro prolongado de un medicamento (como por ejemplo obtener medicamentos recetados para un suministro de tres meses).

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la cual se encuentra cuando recibe el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de nuestro plan?
--

Como lo muestra la siguiente tabla, existen “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados bajo nuestro plan. Lo que usted paga depende de la etapa en la que usted se encuentre al momento de obtener o recargar sus medicamentos recetados.

Si está recibiendo Ayuda Adicional para pagar por sus medicamentos, usted no pagará los montos que se muestran a continuación. Para obtener más información sobre sus costos reales de medicamentos, consulte su Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional.

ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4
Etapa de Deducible Anual	Etapa Inicial de Cobertura	Etapa Vacío (Gap) de Cobertura	Etapa de Cobertura Catastrófica
<p>Usted inicia esta etapa de pago cuando obtiene su primer medicamento recetado del año.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$320 por sus medicamentos (\$320 es el monto de su deducible).</p> <p>(Los detalles están en la Sección 4 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga su participación en el costo de su medicamento y usted paga la suya.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos totales por medicamentos” anuales hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago realizado por un plan de la Parte D) alcancen un total de \$2,930.</p> <p>(Los detalles están en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga el 50% del precio (además de la tarifa de preparación) por medicamentos de marca y el 86% del precio por medicamentos genéricos.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que su “desembolso personal” anual hasta la fecha (sus pagos) alcancen \$4,700. Este monto y las reglas para calcular los costos que llevan a este monto han sido establecidos por Medicare.</p> <p>(Los detalles están en la Sección 6 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por lo que queda del año calendario (hasta Diciembre 31 de 2012).</p> <p>(Los detalles están en la Sección 7 de este capítulo).</p>

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra usted

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de Beneficios” (“EOB”, por sus siglas en inglés)

Nuestro plan mantiene registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted hace cuando obtiene medicamentos recetados o los recarga en la farmacia. De esta manera, podemos indicarle cuándo usted pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos que registramos:

- Registramos cuánto ha pagado usted. Esto se denomina su **“desembolso personal”**.

- Registramos sus “**costos totales de medicamentos**”. Éste es el monto que usted paga en desembolso personal o que otros pagan en su nombre, más el monto pagado por el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito denominado la **Explicación de Beneficios** (en ocasiones denominado la “EOB”) cuando usted ha obtenido uno o más medicamentos recetados a través del plan durante el mes anterior. Dicho informe incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe brinda los detalles del pago de los medicamentos recetados que usted obtuvo en el mes anterior. Muestra el costo total de medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales para el año desde Enero 1.** Se denomina información “anual hasta la fecha”. Le muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde el comienzo del año.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada su información sobre sus pagos por medicamentos

Para registrar los costos y pagos que usted hace por sus medicamentos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. A continuación está cómo puede ayudarnos a mantener correcta y actualizada su información:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando obtenga un medicamento recetado.** Para asegurarse de que nosotros estemos informados sobre los medicamentos recetados que usted está obteniendo y sobre lo que está pagando, muestre su tarjeta de membresía al plan cada vez que obtenga un medicamento recetado.
- **Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos.** Existen momentos en los que usted tendría que pagar los medicamentos recetados cuando nosotros no obtengamos automáticamente la información que necesitamos para tener registrado su desembolso personal. Para ayudarnos a registrar su desembolso personal, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le ha cobrado por un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra participación en los costos del medicamento. Para instrucciones sobre cómo debe hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2 de este folleto). A continuación se mencionan algunos tipos de situaciones en las cuales usted puede querer darnos copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tenemos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
 - Cuando usted adquiere un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no hace parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando usted efectuó un copago por medicamentos suministrados bajo un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que usted haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o las veces que haya pagado el precio total por un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
- **Envíenos la información sobre los pagos efectuados por otras personas en nombre suyo.** Los pagos hechos por ciertos individuos u organizaciones también cuentan dentro de su desembolso personal y pueden ayudarle a calificar para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos hechos por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de ayuda

en medicamentos contra el SIDA, por el Servicio de Salud Indígena y por la mayoría de las organizaciones de beneficencia, cuentan dentro de su desembolso personal. Usted debe conservar recibos de esos pagos y enviarnoslos para que podamos contabilizar sus costos.

- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una **Explicación de Beneficios** (EOB, por sus siglas en inglés) por correo, revísela para asegurarse de que la información está completa y es correcta. Si piensa que falta algo en el informe, o tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). 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

Sección 4.1	Usted permanece en la Etapa de Deducible hasta que haya pagado \$320 por sus medicamentos
--------------------	--

Como la mayoría de nuestros miembros recibe Ayuda Adicional para sus costos de medicamentos recetados, la Etapa de Deducible no aplica para la mayoría de ellos. Si usted recibe Ayuda Adicional, esta etapa de pago no aplica para usted.

Si usted no recibe Ayuda Adicional, la Etapa de Deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando usted obtiene sus primeros medicamentos recetados del año. Mientras esté en esta etapa de pago, **usted debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el monto de deducible del plan, el cual es de \$320 para 2012.

- Su “**costo total**” es usualmente más bajo que el precio normal total para el medicamento, debido a que nuestro plan ha negociado un costo más bajo para la mayoría de los medicamentos.
- El “**deducible**” es el monto que usted debe pagar para sus medicamentos recetados de la Parte D, antes de que el plan empiece a pagar su participación.

Una vez haya pagado \$320 por sus medicamentos, usted deja la Etapa de Deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, la cual es la Etapa Inicial de Cobertura.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa Inicial de Cobertura, el plan paga su participación en los costos de sus medicamentos y usted paga la suya

Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene su medicamento recetado
--------------------	--

Durante la Etapa Inicial de Cobertura, el plan paga su participación en el costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su participación (su monto de copago o coaseguro). Su participación en el costo variará según el medicamento y según dónde obtenga su medicamento recetado.

Sus opciones de farmacias.

Lo que usted paga por un medicamento depende de si lo obtiene en:

- Una farmacia minorista que está en la red de nuestro plan.
- Una farmacia que no está en la red del plan.
- La farmacia de pedido por correo.

Para más información sobre estas opciones de farmacias y de obtención de sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el **Directorio de Farmacias** del plan.

Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos para un suministro de un mes de un medicamento
--------------------	--

Durante la Etapa Inicial de Cobertura, su participación en el costo de un medicamento cubierto será un copago o un coaseguro.

- **“Copago”** significa que usted paga un monto fijo cada vez que obtenga un medicamento recetado.
- **“Coaseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que obtenga un medicamento recetado.
- Cubrimos medicamentos recetados obtenidos en farmacias fuera de la red sólo en limitadas situaciones. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para información sobre cuándo cubrimos un medicamento recetado obtenido en una farmacia fuera de la red.

Si usted califica para “Ayuda Adicional” de Medicare para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos recetados, los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare serán más bajos que los montos que figuran en la tabla a continuación. Si usted tiene Medicare y la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid) [Texas Medicaid Health and Human Services Commission (Medicaid)], usted automáticamente califica para Ayuda Adicional. Los miembros con los ingresos y recursos más bajos son elegibles para la Ayuda Adicional mayor. (Consulte su información sobre Subsidios de Ingresos Bajos para más información sobre sus costos reales de medicamentos).

Para los miembros que califican para “Ayuda Adicional”:

Para medicamentos genéricos (incluyendo los medicamentos considerados como genéricos), ya sea:

- \$0
- \$1.10
- \$2.60
- 15%

Para el resto de los medicamentos

- \$0
- \$3.30
- \$6.50
- 15%

Usted pagará lo siguiente para sus medicamentos recetados cubiertos si usted NO califica para “Ayuda Adicional” de Medicare para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos recetados:

Su participación en el costo cuando obtiene un suministro de un mes (31 días) (o menos) de un medicamento recetado de la Parte D cubierto en una:		
	Farmacia de la red	Servicio de pedido por correo del plan
Costos compartidos por medicamentos cubiertos	Coaseguro del 25%	Coaseguro del 25%

Sección 5.3 Una tabla que muestra sus costos para un suministro prolongado (máximo 90 días) de un medicamento

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro prolongado (también llamado “suministro extendido”) cuando obtiene su medicamento recetado. Un suministro prolongado es de máximo 90 días. (Para detalles de dónde y cómo obtener un suministro prolongado de un medicamento, consulte el Capítulo 5).

Si usted califica para “Ayuda Adicional” de Medicare para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos recetados, los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare serán más bajos que los montos que figuran en la tabla a continuación. Si usted tiene Medicare y la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid) [Texas Medicaid Health and Human Services Commission (Medicaid)], usted automáticamente califica para Ayuda Adicional. Los miembros con los ingresos y recursos más bajos son elegibles para la Ayuda Adicional mayor. (Consulte su información sobre Subsidios de Ingresos Bajos para más información sobre sus costos reales de medicamentos).

Para los miembros que califican para “Ayuda Adicional”:

Para medicamentos genéricos (incluyendo los medicamentos considerados como genéricos), ya sea:

- \$0
- \$1.10
- \$2.60
- 15%

Para el resto de los medicamentos

- \$0
- \$3.30
- \$6.50
- 15%

Usted pagará lo siguiente para sus medicamentos recetados cubiertos si usted NO califica para “Ayuda Adicional” de Medicare para ayudarlo a pagar los costos de sus medicamentos recetados:

Su participación en el costo cuando obtiene un suministro prolongado de un medicamento recetado cubierto de la Parte D en:		
	Farmacia de la red (suministro máximo de 90 días)	Servicio de pedido por correo del plan (suministro máximo de 90 días)
Costos compartidos por medicamentos cubiertos	Coaseguro del 25%	Coaseguro del 25%

Sección 5.4 Usted permanece en la Etapa Inicial de Cobertura hasta que sus costos totales anuales en medicamentos alcancen \$2,930

Usted permanece en la Etapa Inicial de Cobertura hasta que el monto total de sus medicamentos recetados obtenidos y recargados alcance \$2,930 **que es el límite de la Etapa Inicial de Cobertura.** El costo total de sus medicamentos está basado en la sumatoria de lo que usted ha pagado y de lo que cualquier plan de la Parte D ha pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde que realizó su primera compra del año. (Consulte la Sección 6.2 para más información sobre cómo Medicare calcula su desembolso personal). Esto incluye:
 - Los \$320 que usted pagó cuando estaba en la Etapa de Deducible.
 - El total que pagó como su participación en el costo de sus medicamentos durante la Etapa Inicial de Cobertura.
- **Lo que el plan ha pagado** como su participación en el costo de sus medicamentos durante la Etapa Inicial de Cobertura. (Si usted se inscribe a un plan de la Parte D separado en cualquier momento del año 2012, el monto que ese plan paga durante la Etapa Inicial de Cobertura también cuenta para el cálculo de sus costos totales de medicamentos).

La **Explicación de Beneficios** (EOB, por sus siglas en inglés) que le enviamos le ayudará a tener registro de cuánto usted y el plan han gastado por sus medicamentos durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$2,930 en un año.

Le haremos saber si alcanza este monto de \$2,930. Si usted alcanza este monto, dejará la Etapa Inicial de Cobertura y pasará a la Etapa Vacío (Gap) de Cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa Vacío (Gap) de Cobertura, usted recibe un descuento por los medicamentos de marca y paga no más del 86% de los costos por medicamentos genéricos

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa Vacío (Gap) de Cobertura hasta que su desembolso personal alcance \$4,700
--

Cuando usted se encuentra en la Etapa Vacío (Gap) de Cobertura, el Programa de Descuento durante el Vacío (Gap) de Cobertura de Medicare brinda descuentos del fabricante para medicamentos de marca. Usted paga el 50% del precio negociado de los medicamentos de marca (excluyendo la tarifa de preparación y la tarifa de administración de vacunas, si aplican). Tanto el monto que usted paga como el monto con descuento brindado por el fabricante para medicamentos de marca, cuentan para el cálculo de su desembolso personal como si los hubiese pagado usted mismo y lo hacen avanzar dentro del Vacío (Gap) de Cobertura.

Usted también recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Usted paga no más del 86% del costo por medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (14%) no cuenta para el cálculo de desembolso personal. Sólo el monto que usted paga cuenta y lo hace avanzar en el Vacío (Gap) de cobertura.

Usted sigue pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no más del 86% de los costos por medicamentos genéricos hasta que sus pagos anuales de desembolso personal alcancen un monto máximo que Medicare ha establecido. En el 2012, ese monto es de \$4,700.

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta como desembolso personal. Cuando usted alcanza un límite de \$4,700 en desembolso personal, deja la Etapa Vacío (Gap) de Cobertura y pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare su desembolso personal por medicamentos recetados

A continuación, las reglas de Medicare que tenemos que cumplir cuando registramos su desembolso personal por sus medicamentos.

Estos pagos **están incluidos** en su desembolso personal

Cuando usted suma sus desembolsos personales, **puede incluir** los siguientes pagos (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya seguido las reglas para cobertura de medicamentos que están explicadas en el Capítulo 5 de este folleto):

- El monto que usted paga por medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de Deducible.
 - La Etapa Inicial de Cobertura.
 - La Etapa Vacío (Gap) de Cobertura.
- Cualquier pago que usted haya hecho durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de afiliarse a nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si hace estos pagos **usted mismo**, quedan incluidos en su desembolso personal.
- Estos pagos **también están incluidos** si son hechos en su nombre por **ciertos otros individuos u organizaciones**. Esto incluye pagos de sus medicamentos hechos por un amigo o familiar, por la mayoría de organizaciones benéficas, por los programas de asistencia farmacéutica para enfermos con SIDA, por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado por Medicare o por el Servicio de Salud Indígena. Los pagos hechos por el programa de “Ayuda Adicional” de Medicare también están incluidos.
- Algunos de los pagos hechos por el Programa de Descuento durante el Vacío (Gap) de Cobertura de Medicare también están incluidos. El monto que paga el fabricante por su medicamento de marca está incluido. Sin embargo, el monto que paga el plan por su medicamento genérico no está incluido.

Pasar a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o aquellos que están pagando en su nombre) ha gastado un total de \$4,700 en desembolso personal durante el año calendario, usted pasará de la Etapa Vacío (Gap) de Cobertura a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos **no están incluidos** en su desembolso personal

Cuando usted suma sus desembolsos personales, **no le está permitido incluir** ninguno de los siguientes tipos de pago por medicamentos recetados:

- El monto que usted paga por su prima mensual.
- Medicamentos adquiridos fuera de los Estados Unidos y de sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Medicamentos cubiertos solamente por la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas [Texas Medicaid Health and Human Services Commission] (Medicaid).
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluyendo medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Los pagos que usted haga por medicamentos recetados que no están habitualmente cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos que efectúa el plan por sus medicamentos genéricos durante el Vacío (Gap) de Cobertura.
- Los pagos por sus medicamentos hechos por planes de salud grupal incluyendo planes de salud del empleador.
- Los pagos por sus medicamentos hechos por planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno como TRICARE y la Administración de Veteranos.
- Los pagos por sus medicamentos hechos por un tercero con obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, el Seguro de accidentes de trabajo [Workers' Compensation]).

Recordatorio: Si cualquier otra organización como las mencionadas anteriormente paga todo o parte de su desembolso personal para medicamentos, usted tiene la obligación de comunicárselo a nuestro plan. Comuníquese con el Servicio al Cliente e infórmenos (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

¿Cómo puede usted guardar registro del total de su desembolso personal?

- **Le ayudaremos.** El informe **Explicación de Beneficios** (EOB, por sus siglas en inglés) que le enviamos incluye el monto actual de su desembolso personal (la Sección 3 de este capítulo explica este informe). Cuando usted alcanza un total de \$4,700 en desembolso personal para el año, este informe le indicará que usted ha dejado la Etapa Vacío (Gap) de Cobertura y que ha pasado a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le indica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que usted se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto de año
--

Usted califica para la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando su desembolso personal ha alcanzado el límite de \$4,700 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

- **Su participación** en el costo de un medicamento cubierto será un coaseguro o un copago, según cuál sea el monto **más elevado** de los dos:
 - – **ya sea** – un coaseguro del 5% del costo del medicamento
 - – **o** – un copago de \$2.60 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico. O un copago de \$6.50 para todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

SECCIÓN 8 Información adicional sobre beneficios

Sección 8.1 Nuestro plan tiene limitaciones de beneficios
--

Esta parte del Capítulo 6 trata de las limitaciones de nuestro plan.

1. Las recargas anticipadas de medicamentos perdidos, robados o estropeados no están cubiertos, excepto durante una “emergencia nacional” declarada.
2. Los resurtidos anticipados para suministros de vacaciones están limitados a un único surtido de máximo 31 días por año calendario.
3. Los medicamentos no tendrán cobertura si son recetados por médicos u otros proveedores que están excluidos de la participación al programa Medicare.
4. Usted puede recargar un medicamento recetado cuando ha consumido mínimo el setenta y cinco por ciento (75%) de la cantidad con base en los días del suministro.

SECCIÓN 9 Lo que usted paga por vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtenga

Sección 9.1 Nuestro plan tiene cobertura separada para la vacuna de la Parte D en sí por un lado, y para el costo de la administración de la vacuna por el otro
--

Nuestro plan brinda cobertura para un número determinado de vacunas de la Parte D. También cubrimos las vacunas que son consideradas como beneficios médicos. Infórmese sobre la cobertura de dichas vacunas consultando la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.

Existen dos partes para la cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo **de la medicación de la vacuna en sí**. La vacuna es una medicación recetada.
- La segunda parte de la cobertura es el costo **del acto de vacunación**. (Esto a veces se denomina la “administración” de la vacuna).

¿Qué paga usted por una vacunación de la Parte D?

Lo que usted paga por una vacunación de la Parte D depende de tres cosas:

1. **El tipo de vacuna** (contra qué se está vacunando).
 - Algunas vacunas son consideradas como beneficios médicos. Usted puede informarse sobre su cobertura para estas vacunas consultando el Capítulo 4, **Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**.
 - Otras vacunas son consideradas como medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas mencionadas en la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** del plan.
2. **Dónde obtiene la medicación de la vacuna.**
3. **Quién le administra la vacunación.**

Lo que usted paga en el momento de la vacunación de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias. Por ejemplo:

- Algunas veces cuando reciba la vacunación, tendrá que pagar el costo total de ambos, el de la medicación de la vacuna y el del acto de vacunación. Usted puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse nuestra participación en el costo.
- Otras veces, cuando obtenga la medicación de la vacuna o reciba la vacunación, usted solamente pagará su participación en el costo.

Para ilustrar cómo funciona esto, a continuación se muestran tres formas comunes de recibir una vacunación de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados a las vacunas (incluyendo la administración de éstas) durante la Etapa de Deducible y la Etapa Vacío (Gap) de Cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y recibe la vacunación en la farmacia de la red. (Tener esta opción depende de dónde usted viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren una vacunación).

- Deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago y/o coaseguro por la vacuna en sí.
- Nuestro plan pagará el costo de administrarle la vacuna.

Situación 2: Usted recibe la vacunación de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacunación, pagará el costo total de la vacuna y de su administración.

- Usted puede entonces solicitarle a nuestro plan que paguemos nuestra participación en el costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto (**Solicitarle al plan el pago de su participación en una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos**).
- Le será reembolsado el monto que pagó menos su copago y/o coaseguro habitual por la vacuna (incluyendo su administración) menos cualquier diferencia entre el monto cobrado por el médico y lo que usualmente nosotros pagamos. (Si usted recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico donde le administran la vacunación.

- Deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago y/o coaseguro por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacunación, usted pagará el costo total de este servicio. Usted puede entonces solicitarle a nuestro plan que pague nuestra participación en el costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto.
- Le será reembolsado el monto que el médico cobró por administrar la vacuna menos cualquier diferencia entre el monto cobrado por el médico y lo que nosotros pagamos normalmente. (Si usted recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

Para una mejor cobertura, Physicians Health Choice recomienda que usted obtenga sus vacunas en una farmacia de la red siempre que sea posible. Si la tarifa de administración es menor a \$20, usted sólo tendrá que pagar su monto de copago o de coaseguro. Y no tendrá que rellenar un formulario para obtener el reembolso, de modo que obtener su vacuna en una farmacia de la red en lugar de obtenerla en el consultorio de su médico puede ser más conveniente. Si la tarifa de administración es mayor a \$20, usted tendrá que pagar la diferencia entre los \$20 y la tarifa administrativa que su médico le cobra. Consulte su **Directorio de Farmacias** para obtener una lista de farmacias de la red.

Sección 9.2 Usted puede llamar al Servicio al Cliente antes de obtener una vacuna

Las reglas para la cobertura de vacunaciones son complicadas. Estamos aquí para ayudarle. Le recomendamos que nos llame primero al Servicio al Cliente siempre que esté planeando recibir una vacunación (los números de teléfono están indicados en la contraportada de este folleto).

- Podemos indicarle cómo su vacunación está cubierta por nuestro plan y explicarle su participación en el costo.
- Podemos indicarle cómo mantener bajo su propio costo utilizando proveedores y farmacias en nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor o una farmacia de la red, podemos indicarle lo que debe hacer para recibir de nosotros el pago de nuestra participación en el costo.

**CAPÍTULO 7: Solicitarnos que paguemos nuestra participación de una factura que usted
recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

SECCIÓN 1	Situaciones en las cuales usted debería solicitarnos el pago de sus servicios o medicamentos cubiertos	2
Sección 1.1	Si usted paga el costo de sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago	2
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que usted recibió	4
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago	4
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no	4
Sección 3.1	Comprobamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto le debemos.....	4
Sección 3.2	Si le decimos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, usted puede hacer una apelación	5
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las cuales usted debe conservar sus recibos y enviarnos las copias	5
Sección 4.1	En algunos casos, usted debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a registrar su desembolso personal en medicamentos	5

SECCIÓN 1 Situaciones en las cuales usted debería solicitarnos el pago de sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga el costo de sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago

Nuestros proveedores de la red le facturan directamente al plan sus servicios y medicamentos cubiertos. Si usted recibe una factura por la atención médica o el medicamentos que recibió, usted debe enviarnos dicha factura para que podamos pagarla. Cuando usted nos envíe la factura, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

Si usted ya pagó por servicios o medicamentos cubiertos por el plan, usted puede pedirle a nuestro plan que le reembolse (“reembolsarle” significa devolverle el dinero). Es su derecho ser reembolsado por nuestro plan cuando usted ha pagado sus servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que usted ya haya pagado, nosotros examinaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos por dichos servicios o medicamentos.

A continuación hay algunos ejemplos de situaciones en las cuales usted puede necesitar solicitarle a nuestro plan que le reembolse o que pague una factura que usted recibió:

1. Cuando usted recibió atención de emergencia o atención médica urgente de un proveedor que no está dentro de la red de nuestro plan.

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, sin importar que éste forme o no parte de nuestra red. Cuando usted recibe atención de emergencia o atención médica urgente de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted debe pedirle al proveedor que le facture al plan.

- Si paga el monto total usted mismo en el momento de recibir la atención, debe solicitarnos que le reembolsemos nuestra participación en el costo. Mándenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho.
- A veces, podrá recibir una factura del proveedor pidiéndole un pago que usted piensa que no debe. Mándenos la factura, junto con la documentación de todos los pagos que usted ya haya hecho.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si usted ya pagó más que su participación en el costo por el servicio, determinaremos cuánto debía usted y le reembolsaremos nuestra participación en el costo.

2. Cuando un proveedor de la red le manda una factura que usted piensa que no debe pagar.

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan directamente. Pero a veces se equivocan y le piden que pague más que su participación en el costo.

- Cuando usted reciba una factura de un proveedor de la red que le parece más elevada que lo que usted debería pagar, mándenos la factura. Contactaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.

- Si usted ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero siente que ha pagado demasiado, mándenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho. Usted debe pedirnos el reembolso de la diferencia entre el monto que usted pagó y el monto que debía bajo el plan.

3. Si su inscripción a nuestro plan es retroactiva.

A veces, la inscripción de una persona al plan se hace retroactivamente. (Retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede incluso ser del año anterior).

Si usted está inscrito retroactivamente a nuestro plan y pagó como desembolso personal por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de su inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra participación en los costos. Usted deberá presentar cierta documentación para que podamos procesar el reembolso.

- Comuníquese con el Servicio al Cliente para más información sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos y sobre los plazos para realizar su solicitud.

4. Cuando usted utiliza una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos recetados.

Si usted va a una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de membresía para obtener medicamentos recetados, la farmacia puede no tener la capacidad de presentarnos directamente la petición. Cuando esto suceda, usted tendrá que pagar el costo total de su medicamento recetado. (Cubrimos medicamentos recetados obtenidos en farmacias fuera de la red únicamente en ciertas situaciones especiales. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para más información).

- Conserve su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra participación en el costo.

5. Cuando usted paga el costo total de un medicamento recetado porque no tiene su tarjeta de membresía al plan a la mano.

Si no tiene su tarjeta de membresía al plan a la mano, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque la información de su inscripción al plan. Sin embargo, si la farmacia no consigue la información de inscripción que necesita inmediatamente, podrá tener que pagar usted mismo el costo total del medicamento recetado.

- Conserve su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra participación en el costo.

6. Cuando usted paga el costo total por un medicamento recetado en otras situaciones.

Usted podría pagar el costo total del medicamento recetado porque descubre que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** del plan; o puede tener un requerimiento o restricción que usted desconocía o que usted considera que no debería aplicar para usted. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, puede tener que pagar el costo total de éste.

- Conserve su recibo y envíenos una copia para solicitarnos el reembolso. En algunas situaciones, podremos necesitar obtener más información por parte de su médico con el fin de reembolsarle nuestra participación en el costo del medicamento.

Cuando usted nos envíe una solicitud de pago, nosotros revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos nuestra participación en el costo del servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto (**Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**) tiene información sobre cómo hacer una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que usted recibió

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Mándenos su solicitud de pago, junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya hecho. Es buena idea hacer una copia de su factura y de sus recibos, para sus archivos.

Mándenos por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo, a la siguiente dirección:

Part D Prescription drug payment requests
Prescription Solutions
PO Box 29045
Hot Springs, AR 71903

Medical Claims payment requests
PHYSICIANS HEALTH CHOICE OF TEXAS LLC.
PO Box 29429
San Antonio, TX 78229-0429

Debe presentar su solicitud de la Parte C (médica) dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte B.

Debe presentar su solicitud de la Parte D (medicamentos recetados) dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

No dude en comunicarse con el Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Si no sabe cuánto debió haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con esas facturas, podemos ayudarle. También puede llamar si desea darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto le debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos cualquier información adicional de su parte. Si no, estudiaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted ha seguido todas las reglas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra participación en el costo por el servicio. Si usted ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra participación en el costo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que usted debe seguir para obtener la cobertura de los servicios médicos. El Capítulo 5 explica las reglas que usted debe seguir para obtener la cobertura de sus medicamentos recetados de la Parte D).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento **no** están cubiertos, o usted **no** siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra participación en el costo de la atención o del medicamento. En vez de eso, le enviaremos una carta explicándole las razones por las cuales no le estamos enviando el pago solicitado y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.2	Si le decimos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, usted puede hacer una apelación
--------------------	--

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede hacer una apelación. Si hace una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para conocer los detalles de cómo hacer esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto (**Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una sección introductoria que explica el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones, y brinda definiciones de términos como “apelación”. Entonces, cuando haya leído la Sección 5, puede consultar la sección del Capítulo 9 que le dice lo que debe hacer para su situación:

- Si quiere hacer una apelación para obtener el reembolso de un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9.
- Si quiere hacer una apelación para obtener el reembolso de un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4	Otras situaciones en las cuales usted debe conservar sus recibos y enviarnos las copias
------------------	--

Sección 4.1	En algunos casos, usted debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a registrar su desembolso personal en medicamentos
--------------------	---

Existen algunas situaciones en las cuales usted debe informarnos sobre pagos que usted ha hecho por sus medicamentos. En estos casos, usted no nos está solicitando un pago. En cambio, nos está informando de sus pagos para que nosotros podamos calcular correctamente su desembolso personal. Esto puede ayudarlo a calificar más rápido para la Etapa de Cobertura Catastrófica.

A continuación, un ejemplo de situación en la cual usted debería enviarnos copias de sus recibos para informarnos sobre los pagos que usted ha hecho por sus medicamentos:

Cuando usted obtenga 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 que está por fuera de los beneficios del plan. Si usted obtiene algún medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, usted puede tener que pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Conserve su recibo y envíenos una copia para que integremos ese desembolso personal de modo que cuente para hacerlo calificar a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Tenga en cuenta que:** Como usted está obteniendo su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos los costos de este medicamento. Sin embargo, enviarnos una copia del recibo nos permite calcular correctamente su desembolso personal y puede ayudarlo a calificar más rápido a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Como usted no está solicitando un pago en el caso mencionado anteriormente, esta situación no es considerada decisión de cobertura. Por lo tanto, usted no puede hacer una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan	2
Sección 1.1	Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus médicos y proveedores, y sobre los derechos y las responsabilidades de los miembros. Debemos brindar la información de una forma que sea adecuada para usted (en idiomas diferentes al español, en formato de letras grandes o en otros formatos alternativos).....	2
Sección 1.2	Usted tiene derecho a ser tratado con respeto y en reconocimiento de su dignidad y de su derecho a la privacidad. Debemos tratarlo con equidad y respeto siempre	2
Sección 1.3	Debemos garantizar que usted obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos.....	2
Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud	3
Sección 1.5	Debemos darle información sobre el plan, sus redes de proveedores, y sus servicios cubiertos.....	14
Sección 1.6	Usted tiene derecho a participar junto con los médicos en la toma de decisiones sobre su atención médica. Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención y a pedir consejos desinteresados sobre opciones de tratamiento apropiadas o médicamente necesarias para sus afecciones, sin importar el costo o la cobertura del beneficio	15
Sección 1.7	Usted tiene derecho a emitir reclamaciones o apelaciones sobre la organización o la atención que ésta brinda. Tiene derecho a presentar reclamaciones y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado	17
Sección 1.8	¿Qué puede hacer si piensa que está siendo tratado de manera injusta o que sus derechos no están siendo respetados?.....	17
Sección 1.9	Usted tiene derecho a emitir recomendaciones sobre la política de la organización relacionada con los derechos y responsabilidades de los miembros. Cómo obtener más información sobre sus derechos.....	18
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	18
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?.....	18

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1 **Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus médicos y proveedores, y sobre los derechos y las responsabilidades de los miembros. Debemos brindar la información de una forma que sea adecuada para usted (en idiomas diferentes al español, en formato de letras grandes o en otros formatos alternativos)**

Para obtener información de nosotros de una forma adecuada para usted, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan tiene personal y servicios gratuitos de traducción disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. También podemos brindarle la información en formato de letras grandes u otros formatos alternativos si la necesita. Si usted es elegible para Medicare por una discapacidad, debemos brindarle la información con respecto a los beneficios del plan de forma accesible y apropiada para usted.

Si tiene algún problema para obtener la información de nuestro plan debido a problemas relacionados con idioma o discapacidad, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y mencione que desea presentar una queja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.2 **Usted tiene derecho a ser tratado con respeto y en reconocimiento de su dignidad y de su derecho a la privacidad. Debemos tratarlo con equidad y respeto siempre**

Nuestro plan debe obedecer a las leyes que lo protegen de la discriminación y de un trato injusto. **Nosotros no discriminamos** en función de la raza, etnia, origen nacional, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, reclamaciones pasadas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o localización geográfica dentro del área de servicio.

Si desea más información o tiene inquietudes relacionadas con discriminación o trato injusto, comuníquese con la **Oficina para los Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (usuarios de TTY/TDD al 1-800-537-7697), o con su Oficina local para los Derechos Civiles.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para tener acceso a la atención, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). Si tiene una reclamación, por ejemplo un problema de acceso con una silla de ruedas, el Servicio al Cliente puede ayudarle.

Sección 1.3 **Debemos garantizar que usted obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos**

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a elegir un Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés) en la red del plan para brindarle y concertar sus servicios cubiertos (el Capítulo 3

explica más acerca de esto). Llame al Servicio al Cliente para saber qué médicos están aceptando nuevos pacientes (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a consultar a un especialista de salud de la mujer (como un ginecólogo) sin remisión.

Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos por parte de los proveedores de la red del plan sin interferencias y **dentro de un lapso de tiempo razonable**. Esto incluye el derecho a obtener oportunamente servicios de especialistas cuando requiera atención médica de este tipo. También tiene derecho a obtener o a volver a obtener sus medicamentos recetados en cualquiera de las farmacias de la red sin largas demoras.

Cómo recibir atención por fuera de los horarios habituales de atención.

Si necesita hablar o consultar a su Médico de Atención Primaria a una hora en que el consultorio está cerrado, comuníquese con el consultorio de su Médico de Atención Primaria. Cuando el médico de turno le devuelva la llamada le indicará lo que debe hacer.

Si piensa que no está recibiendo su atención médica o sus medicamentos de la Parte D dentro de un lapso de tiempo razonable, la Sección 11 del Capítulo 9 de este folleto le dice lo que puede hacer. (Si le hemos denegado cobertura para su atención médica o sus medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 5 del Capítulo 9 le indica lo que debe 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 y de su información personal de salud. Nosotros protegemos su información personal de salud como lo requieren dichas leyes.

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que usted nos dio cuando se inscribió a este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le dan derechos relacionados con obtener información y controlar la forma en que su información de salud es utilizada. Nosotros le daremos una notificación escrita denominada “Notificación de Prácticas de Privacidad”, que trata de esos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada tenga acceso a ver ni a modificar sus registros.
- En la mayoría de los casos, si le damos su información de salud a alguien que no está brindándole su atención o pagando por ésta, **se nos requiere que obtengamos su autorización escrita primero**. La autorización escrita puede ser otorgada por usted o por alguien a quien usted haya dado poder legal para tomar decisiones por usted.
- Existen ciertas excepciones en las cuales no se nos requiere que obtengamos su autorización escrita primero. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
 - Por ejemplo, se nos requiere que transmitamos información de salud a las agencias gubernamentales que están controlando la calidad de la atención.

- Por ser usted miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere que le demos a Medicare su información de salud incluyendo la información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare transmite su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo a los estatutos y regulaciones federales.

Usted puede consultar la información de sus registros y saber de qué manera ha sido compartida con terceros.

Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos que lleva el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a aplicarle un cargo por la realización de copias. Usted también tiene derecho a solicitarnos que incorporemos o corrijamos información en sus registros médicos. Si nos pide que lo hagamos, trabajaremos conjuntamente con su proveedor de atención médica para determinar si los cambios deben ser realizados.

Usted tiene derecho a saber cómo se divulga su información médica a terceros para fines que no sean de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).

Notificación de privacidad de la información médica.

DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y COMPARTIDA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALA CUIDADOSAMENTE.

Vigente a partir de Enero 1 de 2011.

Nosotros¹ estamos legalmente obligados a proteger la privacidad de su información médica (“HI” por su siglas en inglés). Estamos obligados a enviarle esta notificación. Ésta le informa:

- Cómo podemos utilizar su HI.
- Cuándo podemos compartir su HI con otros.
- Qué derechos tiene con respecto a su HI.

¹Esta Notificación de Prácticas de Privacidad de la Información Médica aplica para los siguientes planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group: All Savers Insurance Company; All Savers Life Insurance Company of California; American Medical Security Life Insurance Company; AmeriChoice of Connecticut, Inc.; AmeriChoice of Georgia, Inc.; AmeriChoice of New Jersey, Inc.; AmeriChoice of Pennsylvania, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Citrus Health Care, Inc.; Dental Benefit Providers of California, Inc.; Dental Benefit Providers of Illinois, Inc.; Evercare of Arizona, Inc.; Evercare of New Mexico, Inc.; Evercare of Texas, LLC; Golden Rule Insurance Company; Health Plan of Nevada, Inc.; MAMSI Life and Health Insurance Company; MD - Individual Practice Association, Inc.; Midwest Security Life Insurance Company; National Pacific Dental, Inc.; Neighborhood Health Partnership, Inc.; Nevada Pacific Dental; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Insurance, Inc.; Oxford Health Plans (CT), Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Oxford Health Plans (NY), Inc.; PacifiCare Dental; PacifiCare Dental of Colorado, Inc.; PacifiCare Life and Health Insurance Company; PacifiCare Life Assurance Company; PacifiCare of Arizona, Inc.; PacifiCare of Colorado, Inc.; PacifiCare of Nevada, Inc.; Physicians Health Choice of Texas, LLC.; Sierra Health & Life Insurance Co., Inc.; UHC of California; U.S. Behavioral Health Plan, California; Unimerica Insurance Company; Unimerica Life Insurance Company of New York; Unison Family Health Plan of Pennsylvania, Inc.; Unison Health Plan of Delaware, Inc.; Unison Health Plan of Tennessee, Inc.; Unison Health Plan of the Capital Area, Inc.; United Behavioral Health; UnitedHealthcare Community Plan of OH, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of Illinois; UnitedHealthcare Insurance Company of New York; UnitedHealthcare Insurance Company of the River Valley; UnitedHealthcare Insurance Company of Ohio; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Arizona, Inc.; UnitedHealthcare of Arkansas, Inc.; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare of Colorado, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare of the Great Lakes Health Plan, Inc.; UnitedHealthcare of Illinois, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; United HealthCare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of North Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare of Oklahoma, Inc.; UnitedHealthcare of Oregon, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of South Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Tennessee, Inc.; UnitedHealthcare of Texas, Inc.; UnitedHealthcare of Utah, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.

La ley nos exige acatar las normas de esta notificación.

“Información médica” (o HI) en esta notificación significa información que pueda ser utilizada para identificarlo. Y debe estar relacionada con su salud o atención médica.

Tenemos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad. Si lo hacemos, le enviaremos una notificación por correo postal o por correo electrónico, si la ley lo permite. Colocaremos la nueva notificación en su sitio de Internet del plan (puede encontrar nuestro sitio de Internet e información de contacto en el Capítulo 2 de este folleto). Tenemos el derecho a dar vigencia a cualquier cambio sobre la HI que ya tenemos o sobre información que recibamos en el futuro.

Cómo utilizamos o compartimos información.

Debemos utilizar y compartir su HI si es solicitada por:

- Usted o su representante legal.
- La Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, para asegurarse que su privacidad está protegida.

Tenemos derecho a utilizar y compartir HI para su tratamiento, para pagar por su atención médica y para manejar nuestro negocio. Por ejemplo, podemos utilizar o compartir su HI:

- **Para el pago** de primas, para determinar su cobertura y para procesar reclamaciones. Esto puede incluir coordinar beneficios. Por ejemplo, podemos decirle a un médico que usted tiene cobertura o qué monto de la factura estaría cubierto.
- **Para el tratamiento** o administración de la atención. Por ejemplo, podemos compartir su HI con proveedores para ayudarles a brindarle atención médica.
- **Para el manejo de la atención médica** en relación con su atención. Por ejemplo, podemos sugerir un programa para el tratamiento de una enfermedad o un programa de bienestar. Podemos analizar datos para determinar cómo podemos mejorar nuestros servicios.
- **Para informarle sobre programas o productos de salud.** Esto puede incluir otros tratamientos o productos y servicios. Estas actividades pueden estar sujetas a límites impuestos por la ley.
- **Para patrocinadores de planes.** Podemos dar información de inscripción y un resumen de HI a un patrocinador del plan del empleador. Podemos darles otra HI siempre y cuando limiten su uso de acuerdo con la ley federal.
- **Para recordatorios** con respecto a sus beneficios o su atención. Por ejemplo para recordarle citas.

Podemos utilizar o compartir su HI en lo siguiente:

- **Según lo establecido en la ley.**
- **A personas involucradas con su atención,** como a un miembro de su familia. Esto puede ocurrir cuando usted se encuentre incapacitado para estar de acuerdo u objetar, como por ejemplo en una emergencia o cuando esté de acuerdo o no objete si se le ha hecho una pregunta. Si usted no puede objetar, nosotros utilizaremos nuestro mejor criterio.
- **Para actividades de salud pública.** Puede ocurrir como prevención de brotes de enfermedades.
- **Para reportar víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Sólo podemos compartir la HI con entidades que están autorizadas por la ley para recibirla, como agencias de servicio social o servicio de protección.

- **Para actividades de supervisión médica**, a agencias autorizadas por la ley a obtener la HI. Puede ocurrir para concesión de licencias, auditorías e investigaciones por fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos**, por ejemplo en respuesta a una orden judicial o citación judicial.
- **Para contribuir al cumplimiento de la ley**, por ejemplo para localizar a una persona desaparecida o reportar un crimen.
- **Para amenazas a la salud o a la seguridad**. Puede ocurrir en una emergencia o desastre natural, a agencias de salud pública o autoridades para el cumplimiento de la ley.
- **Para funciones del gobierno**. Puede ocurrir para uso militar y de veteranos, seguridad nacional o servicios de protección.
- **Para seguro de accidentes de trabajo**. Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para fines de investigación**, tales como estudios sobre enfermedades o discapacidades, según lo permita la ley.
- **Para proporcionar información sobre decesos**. Se puede proporcionar a un forense o inspector médico, por ejemplo para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de muerte o según lo autorice la ley. Podemos proporcionar HI a los directores de una casa funeraria.
- **Para trasplante de órganos**. Para ayudar en la obtención, almacenamiento en un banco de órganos, o trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para instituciones correccionales u oficiales del orden público**. Para personas bajo custodia: (1) para proveerlo con atención médica; (2) para proteger su salud y la de otros; (3) para la seguridad de la institución.
- **A nuestras empresas asociadas** si es necesario para brindarle servicios. Nuestros asociados acuerdan proteger la privacidad de su HI. No se les permite la utilización de HI diferente a la especificada en nuestro contrato.
- **Para notificar filtración de datos**. Para entregar notificación de acceso no autorizado a su HI. Podemos enviarle un aviso a usted o al patrocinador de su plan.
- **Otras restricciones**. Leyes federales y estatales pueden limitar la utilización y la divulgación de HI altamente confidencial. Esto puede incluir leyes estatales sobre:
 1. VIH/SIDA;
 2. Salud mental;
 3. Pruebas genéticas;
 4. Abuso de drogas y alcohol;
 5. Enfermedades de transmisión sexual e información de salud reproductiva; y
 6. Abuso o negligencia infantil o de adultos, incluyendo agresión sexual.

Si leyes más estrictas aplican, procuraremos cumplir con esas leyes. Adjunto se encuentra un resumen de leyes federales y estatales.

Excepto en lo establecido en esta notificación, sólo utilizaremos su HI con su autorización escrita. Si nos permite compartir su HI, no podemos garantizarle que la persona que obtiene la información no la comparta. Usted puede retirar su autorización, excepto en caso de que ya hayamos actuado en base a ella. Para saber cómo, comuníquese con el número telefónico que aparece al reverso de su tarjeta de identificación.

Cuáles son sus derechos.

Tiene derecho a:

- **Solicitarnos limitar** la utilización de su información o compartirla para tratamiento, pago o manejo de atención médica. También puede solicitar limitar que se comparta con sus familiares u otros involucrados en la atención de su salud o el pago por su atención médica. Podemos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Intentaremos respetar su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.**
- **Solicitar la recepción de comunicaciones confidenciales** en diferentes formas o lugares (por ejemplo, en un apartado postal en lugar de su domicilio particular). Aceptaremos sus solicitudes cuando una divulgación pudiera ponerlo en peligro. Aceptamos solicitudes verbales. Puede cambiar su solicitud. Esto se debe hacer por escrito. Envíelo por correo a la dirección mencionada más adelante.
- **Ver u obtener una copia** de la HI que utilizamos para tomar decisiones sobre usted. Debe hacer una solicitud escrita. Envíela por correo a la dirección mencionada más adelante. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrar por las copias. Podemos denegar su solicitud. Si negamos su solicitud, puede obtener una revisión de la denegación. Si tenemos un registro electrónicos, puede solicitar que le enviemos a usted o a un tercero una copia de su información en un formato electrónico cuando sea requerido por la ley. Podemos cobrar un cargo por esto.
- **Solicitar una enmienda.** Si usted cree que la HI que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitar que la cambiemos. Su solicitud debe ser por escrito. Debe proporcionar las razones para solicitar el cambio. Envíe esto por correo a la dirección mencionada más adelante. Si denegamos su solicitud, puede agregar su desacuerdo a su HI.
- **Recibir un registro** de la HI que ha sido compartida durante los seis años anteriores a su solicitud. Éste no incluirá la información compartida: (i) antes de Abril 14 de 2003; (ii) para fines de tratamiento, pago y operaciones para el cuidado de la salud; (iii) con usted o con su autorización; y (iv) con instituciones correccionales u oficiales del orden público. Ésto no incluye divulgaciones en caso que la ley federal no nos exija mantener registros de éstas.
- **Obtener una copia impresa de esta notificación.** Puede solicitar una copia en cualquier momento. Aun en caso de que haya acordado recibir esta notificación de manera electrónica, tiene derecho a recibir una copia impresa. Puede también obtener una copia en nuestro sitio de Internet (puede encontrar nuestro sitio de Internet e información de contactos en el Capítulo 2 de este folleto).

Ejercer sus derechos.

- **Para contactar su plan de salud. Comuníquese al número de teléfono que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación.** O se puede contactar con el Servicio al Cliente de UnitedHealth Group al 866-633-2446.

- **Para presentar una solicitud escrita.** Envíe por correo a:

UnitedHealth Group
PSMG Privacy Office
MN006-W800
P.O. Box 1459
Minneapolis, MN 55440

- **Para presentar una reclamación.** Si usted piensa que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una reclamación a la dirección anteriormente mencionada.

Además puede notificar a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos ninguna acción contra usted por presentar una reclamación.

Notificación de privacidad de la información financiera.

ESTA NOTIFICACIÓN INFORMA CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y COMPARTIDA SU INFORMACIÓN FINANCIERA. DESCRIBE CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Vigente a partir de Enero 1 de 2011.

Nosotros² protegemos su “información financiera personal” (“FI”, por sus siglas en inglés). Esto significa información diferente a la información médica, sobre un inscrito o un solicitante, obtenida para proporcionarle cobertura. Es información que identifica al individuo y no es pública.

Información que recopilamos.

Obtenemos la FI sobre usted de:

- Solicitudes o formularios. Esto puede incluir su nombre, dirección, edad y número de Seguro Social.
- Sus transacciones con nosotros o con otros. Esto puede incluir el historial de pago de primas.

Compartir su información.

No compartimos la FI sobre nuestros inscritos o ex-inscritos, excepto según lo requiera o lo permita la ley.

Para administrar nuestro negocio, podemos compartir la FI sin su permiso a nuestros afiliados. Esto, para brindarles información sobre sus transacciones, como el pago de primas.

²Para los fines de esta Notificación de Privacidad de la Información Financiera, “nos” o “nosotros” se refiere a las entidades que aparecen en la nota de pie de página número 1, que empieza en la primera página de la Notificación de Prácticas de Privacidad del plan de salud, además de los siguientes afiliados a UnitedHealthcare: ACN Group IPA of New York, Inc.; ACN Group, Inc.; AmeriChoice Health Services, Inc.; DBP Services of New York IPA, Inc.; DCG Resource Options, LLC; Dental Benefit Providers, Inc.; Disability Consulting Group, LLC; HealthAllies, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; Mid Atlantic Medical Services, LLC; OneNet PPO, LLC; OptumHealth Bank, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; PacificCare Health Plan Administrators, Inc.; PacificDental Benefits, Inc.; ProcessWorks, Inc.; Spectera of New York, IPA, Inc.; UMR, Inc.; Unison Administrative Services, LLC; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc.; UnitedHealthOne Agency, Inc. Esta Notificación de Privacidad de la Información Financiera sólo aplica cuando la ley lo requiere. En especial, no aplica (1) a los productos de seguro de atención médica que ofrecen Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc. en Nevada; ni (2) a los demás planes de salud de UnitedHealth Group en los estados donde existan excepciones para las entidades y productos de seguro de salud cubiertos por HIPAA.

Confidencialidad y Seguridad.

Limitamos el acceso a su FI a nuestros empleados y proveedores que administran su cobertura y proporcionan servicios. Contamos con garantías de seguridad físicas, electrónicas y procesales que cumplen con las normas federales para salvaguardar su FI. Realizamos auditorías con regularidad para garantizar un manejo seguro.

Su derecho a acceder y corregir la FI.

En algunos Estados³, puede tener derecho a solicitar acceso a su FI. Puede solicitar:

- La fuente de la FI.
- El listado de divulgaciones efectuadas dentro de los dos años anteriores a su solicitud.
- Ver y copiar su FI personalmente.
- Que le enviemos una copia. (Podemos cobrar un costo).
- Correcciones, enmiendas o eliminaciones.

Siga estas instrucciones:

Para acceder a su FI: Envíe una solicitud escrita con su nombre, dirección, número de Seguro Social, número de teléfono y la FI a la cual desea acceder. Manifieste si desea acceder a ella personalmente o si desea que se le envíe una copia. Una vez recibida su solicitud, lo contactaremos dentro de los 30 días hábiles.

Para corregir, enmendar o eliminar cualquier FI suya: Envíe una solicitud escrita con su nombre, dirección, número de Seguro Social, número de teléfono, la FI en disputa y la identidad del documento o registro. Una vez recibida su solicitud, lo contactaremos dentro de los 30 días hábiles. Le comunicaremos si hemos realizado la corrección, enmienda o eliminación. O le comunicaremos si nos hemos negado a realizarla y las razones para la negación. Tendrá oportunidad de objetarla.

Envíe las solicitudes a:

UnitedHealth Group
PSMG Privacy Office
MN006-W800
P.O. Box 1459
Minneapolis, MN 55440

³California y Massachusetts.

**NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD
 DE UNITEDHEALTH GROUP:
 ENMIENDAS FEDERALES Y ESTATALES.**

Revisada: Enero 1 de 2011.

La primera parte de esta notificación informa cómo podemos utilizar y compartir su información médica (“HI”, por sus siglas en inglés) bajo las leyes federales de privacidad. Otras leyes pueden limitar estos derechos. Las siguientes tablas:

1. Muestran las categorías sujetas a leyes más restrictivas.
2. Proporcionan un resumen de cuándo podemos utilizar y compartir su HI sin su consentimiento.

Su consentimiento escrito, si es requerido, debe cumplir con las reglas de la ley federal o estatal.

Resumen de las leyes federales

Información sobre abuso de drogas y alcohol	
Podemos, bajo las leyes federales, utilizar y compartir la información sobre drogas y alcohol solamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertos destinatarios.	
Información genética	
No podemos utilizar información genética para suscripción.	

Resumen de las leyes estatales

Información médica general	
Podemos compartir HI general solamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertos destinatarios.	CA, NE, RI, VT, WA, WI
Las HMO deben permitir a los inscritos aprobar o rechazar divulgaciones, con algunas excepciones.	KY
Usted puede limitar algunas divulgaciones electrónicas.	NV
No nos es permitido utilizar HI para ciertos fines.	CA, NH
Medicamentos recetados	
Podemos compartir información relacionada con medicamentos recetados solamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertos destinatarios.	ID, NV
Enfermedades contagiosas	
Podemos compartir información relacionada con enfermedades contagiosas solamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertos destinatarios.	AZ, IN, MI, OK
Usted puede limitar algunas divulgaciones de información electrónica.	NV

Resumen de las leyes estatales

Enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva	
Usted puede limitar algunas divulgaciones de información de salud electrónicas.	NV
Podemos compartir información sobre enfermedades de transmisión sexual y/o salud reproductiva solamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertos destinatarios.	MT, NJ, WA
Abuso de drogas y alcohol	
Podemos utilizar o compartir información sobre drogas y alcohol (1) en casos limitados y/o (2) con ciertos destinatarios.	CT, HI, KY, IL, IN, IA, LA, MD, MA, NH, NV, WA, WI
Compartir información sobre drogas y alcohol puede estar limitado por el individuo quien es el sujeto de la información.	WA
Información genética	
No podemos compartir información genética sin su aprobación escrita.	CA, CO, HI, IL, KY, NY, TN
Podemos compartir información genética solamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertos destinatarios.	GA, MD, MA, MO, NV, NH, NM, RI, SC, TX, UT, VT
Aplican límites a (1) la utilización y/o (2) la retención de información genética.	FL, GA, LA, MD, OH, SC, SD, UT, VT
VIH/SIDA	
Podemos compartir información relacionada con VIH/SIDA solamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertos destinatarios.	AZ, AR, CA, CT, DE, FL, HI, IL, IN, MI, MT, NY, NC, PA, PR, RI, TX, VT, WV
Aplican algunos límites para divulgaciones verbales relacionadas con información sobre VIH/SIDA.	CT
Usted puede limitar algunas divulgaciones de información de salud electrónicas.	NV
Salud mental	
Podemos compartir información relacionada con salud mental solamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertos destinatarios.	CA, CT, DC, HI, IL, IN, KY, MA, MI, PR, WA, WI
Compartir puede estar limitado por el individuo quien es el sujeto de la información.	WA
Aplican algunos límites para divulgaciones verbales relacionadas con información sobre salud mental.	CT
Aplican algunos límites para la utilización de información sobre salud mental.	ME
Abuso infantil o de adultos	
Podemos utilizar y compartir información relacionada con abuso infantil y/o de adultos solamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertos destinatarios.	AL, CO, IL, LA, NE, NJ, NM, RI, TN, TX, UT, WI
Usted puede limitar algunas divulgaciones de información de salud electrónicas.	NV

Sección 1.5	Debemos darle información sobre el plan, sus redes de proveedores, y sus servicios cubiertos
--------------------	---

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a recibir varios tipos de información acerca de nosotros. (Como lo explica la Sección 1.1 más arriba, usted tiene derecho a obtener información por parte nuestra de una forma que le sirva. Esto incluye información en otros idiomas distintos al español como inglés, en letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea recibir alguno de los siguientes tipos de información, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por miembros y las calificaciones de desempeño del plan, incluyendo cómo lo han calificado los miembros y cómo se ha comparado nuestro plan con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores dentro de la red, incluyendo las farmacias de la red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho a recibir información sobre las calificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y sobre cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para una lista de proveedores de la red del plan, consulte el **Directorio de Proveedores**.
 - Para una lista de farmacias de la red del plan, consulte el **Directorio de Farmacias**.
 - Para información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto), o visite nuestro sitio de Internet en www.PHCcares.com.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir para utilizarla.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, le explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, si existe alguna restricción en su cobertura y qué reglas debe seguir para recibir sus servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto además de la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** del plan. Estos capítulos, junto con la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)**, le indican cuáles medicamentos están cubiertos y explican las reglas que usted debe seguir y las restricciones en su cobertura de ciertos medicamentos.
 - Si tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y sobre lo que usted puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto para usted, o si su cobertura está restringida de alguna manera, usted puede pedirnos una explicación escrita. Usted tiene derecho a esta explicación aun si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
 - Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que hemos tomado sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D están cubiertos para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos nuestra decisión. Usted puede solicitarnos que modifiquemos la decisión presentando una apelación. Para detalles sobre lo que debe hacer si algo no está cubierto de la manera en que usted considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9

de este folleto. Este capítulo le explica detalles de cómo hacer una apelación si usted desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también habla sobre cómo presentar una reclamación sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, y otras inquietudes).

- Si quiere solicitarle a nuestro plan el pago de nuestra participación en una factura que usted recibió por atención médica o por un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

Sección 1.6	Usted tiene derecho a participar junto con los médicos en la toma de decisiones sobre su atención médica. Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención y a pedir consejos desinteresados sobre opciones de tratamiento apropiadas o médicamente necesarias para sus afecciones, sin importar el costo o la cobertura del beneficio
--------------------	---

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica.

Usted tiene derecho a obtener toda la información por parte de sus médicos y demás proveedores de atención médica cuando va a recibir atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento **de una forma que usted pueda comprender.**

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es el mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a ser informado de todas las opciones de tratamiento que son recomendadas para su afección, sin importar su costo o si están o no cubiertas por el plan. Esto también incluye ser informado sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos y a utilizarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a ser informado sobre todos los riesgos que implique su atención. Se le debe comunicar con anticipación si cualquier tratamiento o atención médica propuestos forman parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar los tratamientos experimentales.
- **El derecho de decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento que le sea recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, aun cuando su médico le aconseje no hacerlo. Usted también tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Claro está que, si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, acepta la completa responsabilidad de lo que le pase a su cuerpo como consecuencia.
- **Recibir una explicación si se le niega cobertura de la atención médica.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le ha negado atención médica que usted considera que debe recibir. Para recibir dicha explicación, usted debe solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto le indica cómo solicitarle al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si usted no se encuentra en condiciones de tomar decisiones médicas por sí mismo.

En algunas ocasiones, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismas debido a algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que quiere que se haga si usted está en una de estas situaciones. Esto significa que, **si usted lo desea**, puede:

- Completar un formulario escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas en su nombre**, por si alguna vez no pudiera tomar estas decisiones por su propia cuenta.
- **Dar instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención médica en caso de no poder tomar estas decisiones por su cuenta.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación en estas situaciones se denominan **“instrucciones anticipadas”**. Existen distintos tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para referirse a ellas. Algunos ejemplos de las instrucciones anticipadas son los **“testamentos en vida”** y los **“poderes de abogado para la atención médica”**.

Si desea dejar “instrucciones anticipadas” para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Si desea dar una instrucción anticipada, puede obtener un formulario por parte de su abogado, de un trabajador social o en algunas tiendas de artículos para oficina. En algunas ocasiones, los formularios de instrucciones anticipadas se pueden obtener de organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede comunicarse con el Servicio al Cliente para solicitar los formularios (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).
- **Complételo y firmelo.** Independientemente del lugar donde consiga el formulario, recuerde que se trata de un documento legal. Debería considerar la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregue copias a las personas adecuadas.** Deberá entregar una copia del formulario a su médico y otra a la persona que designe en el formulario como quien tomará las decisiones en caso de que usted no pueda hacerlo. También puede entregar copias a sus familiares o amigos más cercanos. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si sabe con anticipación que será hospitalizado y ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, **lleve una copia con usted al hospital.**

- Al ser admitido en el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene a disposición formularios y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, la decisión de completar un formulario de instrucciones anticipadas es suya (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención médica ni discriminarlo por haber firmado o no un formulario de instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no son respetadas?

Si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y considera que un médico u hospital no han seguido esas instrucciones, puede presentar una reclamación ante la agencia apropiada específica para cada estado, por ejemplo, su Departamento Estatal de Salud. Consulte el Capítulo 2, Sección 3 para la información de contacto de la agencia específica para su estado.

Sección 1.7 Usted tiene derecho a emitir reclamaciones o apelaciones sobre la organización o la atención que ésta brinda. Tiene derecho a presentar reclamaciones y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si tiene inquietudes o problemas relacionados con su atención médica o sus servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le explica lo que puede hacer. Éste le da detalles de cómo manejar todo tipo de problemas y reclamaciones.

Como se explica en el Capítulo 9, lo que usted debe hacer para dar seguimiento a un problema o inquietud depende de la situación. Puede que sea necesario pedirle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura para usted, apelar ante nosotros para que cambiemos una decisión de cobertura, o presentar una reclamación. Haga lo que haga — pedir una decisión de cobertura, apelar o presentar una reclamación — **nosotros debemos tratarlo con equidad.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y reclamaciones que otros miembros han presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si piensa que está siendo tratado de manera injusta o que sus derechos no están siendo respetados?

Si se trata de discriminación, comuníquese con la Oficina para los Derechos Civiles.

Si considera que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, grupo étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad de origen, debe llamar a la **Oficina para los Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o usuarios de TTY al 1-800-537-7697, o comuníquese con su Oficina local para los Derechos Civiles.

¿Se trata de otra cosa?

Si usted considera que ha sido tratado injustamente o que no se respetaron sus derechos, y el caso **no** tiene que ver con discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema que está teniendo:

- Puede **comunicarse con el Servicio al Cliente** (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).
- Puede **comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud [State Health Insurance Assistance Program]**. Para obtener detalles sobre esta organización y sobre cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, Sección 3.

- 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.

<p>Sección 1.9 Usted tiene derecho a emitir recomendaciones sobre la política de la organización relacionada con los derechos y responsabilidades de los miembros. Cómo obtener más información sobre sus derechos</p>
--

Hay varios lugares donde usted puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar al Servicio al Cliente** (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud [State Health Insurance Assistance Program]**. Para obtener detalles sobre esta organización y sobre cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio de Internet de Medicare para consultar o descargar la publicación “Sus Derechos y Protecciones de Medicare”. (La publicación está 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

<p>Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?</p>

Lo que usted debe hacer como miembro del plan está indicado a continuación. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). Estamos a su disposición para ayudarlo.

- **Conozca sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener dichos servicios cubiertos.** Puede usar este folleto de **Evidencia de Cobertura** para conocer su cobertura y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan detalles sobre sus servicios médicos, incluyendo lo que está cubierto, lo que no, las reglas a seguir y lo que usted paga.
 - Los Capítulos 5 y 6 dan detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si cuenta con alguna cobertura adicional de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos.** Comuníquese con el Servicio al Cliente para informarnos.
 - Se nos requiere que sigamos las reglas impuestas por Medicare y Medicaid para asegurarnos de que usted está utilizando toda su cobertura combinada cuando obtiene sus servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se llama “**coordinación de beneficios**” ya que implica la coordinación de los beneficios de salud y de medicamentos que obtiene de nuestro plan

con todos los demás beneficios de salud y de medicamentos que usted tiene disponibles. Nosotros le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 7).

- **Notifique a su médico y demás proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Presente su tarjeta de membresía al plan y de Medicaid cada vez que obtenga su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D.
- **Proporcione a su médico y demás proveedores la información que necesiten, hágales preguntas y siga las indicaciones de su atención, para que ellos puedan ayudarlo.**
 - Para ayudar a su médico y demás proveedores de salud a brindarle la mejor atención, aprenda lo que más pueda sobre sus problemas de salud y proporcioneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las indicaciones y planes del tratamiento que acordó junto con sus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos conocen todos los medicamentos que usted está tomando, incluyendo medicamentos de venta sin receta, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, no dude en preguntar. Sus médicos y demás proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de un modo que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que le es dada, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted actúe de forma que contribuya con el buen funcionamiento del consultorio de su médico, de los hospitales y demás consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Para ser elegible a nuestro plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito a la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros del plan, Medicaid paga las primas de la Parte A (si usted no califica para esto automáticamente) y de la Parte B. Si Medicaid no está pagando sus primas de Medicare, usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para mantenerse como miembro del plan.
 - Para la mayoría de servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su participación en el costo cuando recibe el servicio o medicamentos. Esto será un copago (un monto fijo) o un coaseguro (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 obtiene servicios médicos o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan o por otro seguro que usted tenga, usted debe pagar el costo total.
 - Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- **Notifiquenos si se muda.** Si planea mudarse, es importante que nos lo notifique de inmediato. Comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).
 - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá permanecer como miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 indica nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si está saliendo de nuestra área, podemos informarle si contamos con un plan en su nueva área.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, igualmente debemos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo contactarnos con usted.

- **Comuníquese con el Servicio al Cliente para conseguir ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptaremos cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y horarios de atención telefónica del Servicio al Cliente figuran en la contraportada de este folleto.
 - Para más información sobre cómo contactarnos, incluyendo nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

GENERALIDADES

SECCIÓN 1 Introducción..... 3

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud..... 3

Sección 1.2 ¿Qué hay de los términos legales? 3

**SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no tienen
conexión con nosotros 4**

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada..... 4

SECCIÓN 3 Para manejar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?..... 5

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso de beneficios de Medicare o el de Medicaid? 5

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Manejar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicare 5

Sección 4.1 ¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar
el proceso para hacer reclamaciones?..... 5

SECCIÓN 5 Una guía básica sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones 6

Sección 5.1 Solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones: el panorama general..... 6

Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando está solicitando una decisión de cobertura o haciendo
una apelación 7

Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo da los detalles que corresponden a su situación? 8

**SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una
apelación 8**

Sección 6.1 Esta sección le dice lo que debe hacer si está teniendo problemas al obtener
cobertura de atención médica o si quiere que le reembolsemos nuestra participación
en el costo de su atención..... 8

Sección 6.2 Paso-a-paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitarle a nuestro
plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea) ... 10

Sección 6.3 Paso-a-paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de
una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan) 13

Sección 6.4 Paso-a-paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2..... 16

Sección 6.5 ¿Qué pasa si usted está solicitando a nuestro plan el reembolso de nuestra
participación en el costo de una factura que usted recibió por atención médica? 17

**SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de
cobertura o hacer una apelación 18**

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si está teniendo problemas al obtener un
medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos por un medicamento
de la Parte D 18

Sección 7.2	¿Qué es una excepción?.....	20
Sección 7.3	Cosas importantes que se deben saber sobre las solicitudes de excepción	21
Sección 7.4	Paso-a-paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción...	22
Sección 7.5	Paso-a-paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan).....	25
Sección 7.6	Paso-a-paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2.....	27
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía más larga en un hospital para pacientes internos si considera que su médico le está dando el alta hospitalaria demasiado pronto.....	29
Sección 8.1	Durante su estadía en el hospital para pacientes internos, recibirá una notificación escrita de Medicare que le informa sobre sus derechos	29
Sección 8.2	Paso-a-paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria.....	30
Sección 8.3	Paso-a-paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria.....	33
Sección 8.4	¿Qué sucede si usted deja pasar la fecha límite para hacer su apelación de Nivel 1? ..	34
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto	37
Sección 9.1	Esta sección trata de tres servicios solamente: Atención médica domiciliaria, atención en un Centro de Enfermería Especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).....	37
Sección 9.2	Le notificaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura	38
Sección 9.3	Paso-a-paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 para conseguir que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	38
Sección 9.4	Paso-a-paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para conseguir que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	41
Sección 9.5	¿Qué sucede si usted deja pasar la fecha límite para hacer su apelación de Nivel 1? ..	42
SECCIÓN 10	Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	44
Sección 10.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de Servicio Médico	44
Sección 10.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D	46
SECCIÓN 11	Cómo hacer una reclamación sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente u otras inquietudes	47
Sección 11.1	¿Qué tipo de problemas se manejan a través del proceso de reclamaciones?	47
Sección 11.2	El nombre formal para decir “hacer una reclamación” es “presentar una queja”	49
Sección 11.3	Paso-a-paso: Hacer una reclamación.....	49
Sección 11.4	También puede hacer reclamaciones sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad	50
PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICAID		
SECCIÓN 12	Manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid	51

GENERALIDADES

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para manejar problemas e inquietudes. El proceso que usted utiliza para manejar su problema depende de dos cosas:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o por **Medicaid**. Si desea ayuda para determinar si debe utilizar el proceso de Medicare o el de Medicaid, o ambos, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono están indicados en la contraportada de este folleto).
2. El tipo de problema que usted tenga:
 - Para ciertos tipos de problemas, usted debe utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y hacer apelaciones**.
 - Para otros tipos de problemas, usted debe utilizar el **proceso para hacer reclamaciones**.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la equidad y el pronto manejo de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que deben ser respetados por nosotros y por usted.

¿Cuál debe utilizar? Eso depende del tipo de problema que esté teniendo. La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso adecuado a utilizar.

Sección 1.2 ¿Qué hay de los términos legales?

Existen términos legales técnicos para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de fechas límite, que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para hacer más fáciles las cosas, este capítulo explica las reglas y procedimientos legales utilizando palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo en general dice “hacer una reclamación” en vez de “presentar una queja”, “decisión de cobertura” en vez de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura”, y “Organización de Revisión Independiente” en vez de “Entidad de Revisión Independiente”. También utiliza abreviaciones lo menos posible.

Sin embargo, puede serle útil — y a veces muy importante — conocer los términos legales adecuados para la situación en la que se encuentra. Conocer los términos que debe utilizar le ayudará a comunicarse de manera más clara y precisa cuando esté manejando su problema y a obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no tienen conexión con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada
--

Algunas veces puede ser confuso empezar o dar seguimiento al proceso del manejo de un problema. Esto puede ser especialmente cierto si usted no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, usted puede no tener el conocimiento necesario para dar el paso siguiente.

Obtener ayuda de una organización gubernamental independiente.

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en algunas situaciones usted puede desear también ayuda u orientación por parte de alguien que no tenga conexión con nosotros. Siempre puede contactar con su **Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés)**. Este programa gubernamental tiene consejeros capacitados en cada estado. El programa no tiene conexión con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarle a entender qué proceso debería utilizar para manejar un problema que usted esté teniendo. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto.

También puede obtener ayuda e información por parte de Medicare.

Para más información y ayuda en el manejo de un problema, también puede comunicarse con Medicare. Éstas son dos formas de obtener información directamente de Medicare:

- Puede comunicarse 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.
- Puede visitar el sitio de Internet de Medicare (<http://www.medicare.gov>).

Usted puede obtener ayuda e información por parte de la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid) [Texas Medicaid Health and Human Services Commission (Medicaid)].

Para más información y ayuda en el manejo de un problema, también puede contactar la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid) [Texas Medicaid Health and Human Services Commission (Medicaid)]. Éstas son dos formas de obtener información directamente de la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid) [Texas Medicaid Health and Human Services Commission (Medicaid)].

- Puede comunicarse al 1-800-252-8263. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Puede visitar el sitio de Internet de la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid) [Texas Medicaid Health and Human Services Commission (Medicaid)] (www.hhsc.state.tx.us/medicaid).

SECCIÓN 3 Para manejar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso de beneficios de Medicare o el de Medicaid?

Como usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, dispone de distintos procesos para manejar su problema o reclamación. Qué proceso debe usted utilizar depende de si el problema está relacionado con beneficios de Medicare o con beneficios de Medicaid. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, usted debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicaid, usted debe utilizar el proceso de Medicaid. Si desea ayuda para determinar si debe utilizar el proceso de Medicare o el de Medicaid, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono están indicados en la contraportada de este folleto).

Los procesos de Medicare y de Medicaid están descritos en partes distintas de este capítulo. Para determinar qué parte debe consultar, utilice la tabla a continuación.

Para determinar qué parte de este capítulo le ayudará a manejar específicamente su problema o inquietud, **EMPIECE AQUÍ**

¿Su problema está relacionado con beneficios de Medicare o con beneficios de Medicaid?

(Si desea ayuda para determinar si debe utilizar el proceso de Medicare o el de Medicaid, comuníquese con el Servicio al Cliente).

Mi problema está relacionado con beneficios de **Medicare**.
Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare.”**

Mi problema está relacionado con beneficios de **Medicaid**.
Consulte la **Section 12** de este capítulo, **“Manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid.”**

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

Sección 4.1 ¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o debe utilizar el proceso para hacer reclamaciones?

Si tiene un problema o una inquietud, sólo necesita leer las partes de este capítulo que aplican a su situación. La tabla a continuación le ayudará a encontrar en este capítulo la sección adecuada para manejar problemas o reclamaciones en relación con **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para saber qué parte de este capítulo le ayudará con respecto a su problema o inquietud en relación con los beneficios de **Medicare**, utilice esta tabla:

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios y cobertura?

(Esto incluye problemas sobre si una atención médica o un medicamento recetados específicos están o no están cubiertos, la manera como están cubiertos, y problemas relacionados con el pago por la atención médica o los medicamentos recetados).

Sí.

Mi problema tiene que ver con beneficios o cobertura

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5: “Una guía básica sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones”**

No.

Mi problema no tiene que ver con **beneficios o cobertura**

Vaya a la **Sección 11** al final de este capítulo: **“Cómo hacer una reclamación sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Departamento de servicios para miembros u otras inquietudes”**

SECCIÓN 5 Una guía básica sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 5.1 Solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones: el panorama general

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones tiene que ver con problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura, incluyendo problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted utiliza para cuestiones tales como si algo está cubierto o no, y la manera como algo está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con respecto al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Nosotros tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. Por ejemplo, su doctor de la red del plan toma una decisión de cobertura (a favor) para usted cada vez que recibe atención médica por parte de él/ella, o cuando su doctor de la red lo remite a un especialista médico. Usted también puede ponerse en contacto con nosotros y solicitarnos una decisión de cobertura si su doctor no sabe si cubriremos o no un servicio médico específico o si se niega a brindarle atención médica que usted piensa necesitar. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

En algunos casos podemos decidir que el servicio o medicamento no está cubierto o dejó de estarlo por Medicare para usted. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede hacer una apelación.

Hacer una apelación.

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando usted hace una apelación, nosotros revisamos la decisión de cobertura que hayamos tomado para verificar que hemos cumplido con todas las reglas de manera adecuada. Su apelación será procesada por revisores distintos de aquellos que tomaron inicialmente la decisión en contra. Cuando hayamos completado la revisión le damos nuestra decisión.

Si denegamos todo o parte de su apelación de Nivel 1, usted puede continuar al Nivel 2 de apelación. La apelación de Nivel 2 es conducida por una organización independiente que no tiene conexión con nuestro plan. (En ciertas situaciones, su caso será enviado automáticamente a una organización independiente para una apelación de Nivel 2. Si esto sucede, le informaremos. En otras situaciones, usted deberá solicitar la apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión en el Nivel 2 de apelación, puede tener la posibilidad de seguir a través de varios otros niveles de apelación.

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando está solicitando una decisión de cobertura o haciendo una apelación
--------------------	--

¿Desea recibir ayuda? A continuación están los recursos que usted puede utilizar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **comunicarse con el Servicio al Cliente** (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no tenga conexión con nuestro plan, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico u otro proveedor puede hacer una solicitud en su nombre.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 1, su médico u otro proveedor debe estar designado como su representante.
- **Puede designar a alguien para que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como “representante” para solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación.
 - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante bajo la ley estatal.
 - Si desea que un pariente, un amigo, su médico u otro proveedor, o cualquier otra persona sea su representante, comuníquese con el Servicio al Cliente y solicite el formulario “Designación de un representante” [Appointment of Representative]. (El formulario también está disponible en el sitio de Internet de Medicare en <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>). El formulario da a dicha persona la autorización para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted quiere que actúe en su nombre. Debe entregar a nuestro plan una copia del formulario firmado.
- **Usted también tiene derecho a contratar un abogado para que actúe en su nombre.** Puede contactar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados de

su localidad o de otro servicio de referencias. También existen grupos que pueden brindarle servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no es obligatorio que usted contrate a un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo da los detalles que corresponden a su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que tienen que ver con decisiones de cobertura y apelaciones. Como cada situación tiene reglas y fechas límite diferentes, le damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación”.
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación”.
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que cubramos una estadía más larga en un hospital para pacientes internos si considera que su médico le está dando el alta hospitalaria demasiado pronto”.
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto” (**Aplica sólo para estos servicios:** atención médica domiciliaria, atención en un Centro de Enfermería Especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés)).

Si no está seguro qué sección es la que debería utilizar, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (los números de teléfono de este programa figuran en el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto).

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación



¿Ha leído usted la Sección 5 de este capítulo (**Una guía “básica” sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones**)? Si no lo ha hecho, puede ser útil que lea dicha sección antes de empezar la siguiente.

Sección 6.1 Esta sección le dice lo que debe hacer si está teniendo problemas al obtener cobertura de atención médica o si quiere que le reembolsemos nuestra participación en el costo de su atención

Esta sección es sobre sus beneficios para servicios y atención médica. Estos beneficios están descritos en el Capítulo 4 de este folleto: **Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**. Para hacer las cosas más fáciles, en general nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección en vez de repetir “atención médica o tratamiento o servicios” cada vez.

Esta sección le dice lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No está obteniendo cierta atención médica que desea, y considera que esa atención está cubierta por nuestro plan.
 2. Nuestro plan no quiere aprobar la atención médica que su médico u otro proveedor médico quiere brindarle, y usted considera que esta atención está cubierta por el plan.
 3. Usted recibió atención médica o servicios que usted considera que deberían estar cubiertos por el plan, pero nosotros hemos dicho que no pagaremos por dicha atención.
 4. Usted recibió y pagó atención médica o servicios que usted considera que deberían estar cubiertos por el plan, y desea pedirle a nuestro plan que le reembolsemos por esta atención.
 5. Se le está diciendo que la cobertura para cierta atención médica que usted ha estado recibiendo y que previamente aprobamos va a ser reducida o suspendida, y usted considera que la reducción o suspensión de esta atención podría afectar su salud.
- **NOTA: Si la cobertura que va a ser suspendida es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un Centro de Enfermería Especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés),** usted debe leer una sección aparte de este capítulo porque aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en estas situaciones:
 - Capítulo 9, Sección 8: **Cómo solicitarnos que cubramos una estadía más larga en un hospital para pacientes internados si considera que su médico le está dando el alta hospitalaria demasiado pronto.**
 - Capítulo 9, Sección 9: **Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto.** Esta sección trata de tres servicios solamente: Atención médica domiciliaria, atención en un Centro de Enfermería Especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).
 - Para **todas las demás** situaciones en las que se le diga que la atención médica que ha estado recibiendo va a ser suspendida, utilice esta sección (Sección 6) como guía de lo que debe hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?	
Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Quiere saber si cubriremos la atención médica o los servicios que usted desea?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Siga a la próxima sección de este capítulo, Sección 6.2 .
¿Ya le hemos dicho que no cubriremos o pagaremos por un servicio médico en la forma en que usted quiere que éste sea cubierto o pagado?	Usted puede hacer una apelación . (Esto significa que está solicitándonos que reconsideremos). Vaya a la Sección 6.3 de este capítulo.
¿Quiere pedirnos que le reembolsemos por atención médica o servicios que usted ya recibió y pagó?	Usted puede mandarnos la factura. Vaya a la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2 Paso-a-paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitarle 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, ésta se llama **“determinación de la organización”**.

Paso 1: **Usted le solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando.** Si su salud requiere una respuesta rápida, usted debe solicitarnos que tomemos una **“decisión rápida”**.

Términos Legales Una “decisión rápida” se llama una **“determinación acelerada”**.

Cómo solicitar la cobertura para la atención médica que usted desea.

- Empiece por llamar, escribir o mandarle por fax a nuestro plan su solicitud de que brindemos cobertura para la atención médica que usted desea. Usted, su médico, o su representante pueden hacer esto.
- Para detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, **Cómo contactarnos cuando está solicitando una decisión de cobertura con respecto a su atención médica.**

En general utilizamos las fechas límite estándar para darle nuestra decisión.

Cuando le demos nuestra decisión, utilizaremos las fechas límite “estándar” a menos de que hayamos acordado utilizar las fechas límite “rápidas”. **Una decisión estándar significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días** a partir de la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si usted solicita más tiempo, o si necesitamos información (como los registros médicos) que pueda beneficiarle. Si decidimos darnos días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
- Si usted considera que **no** deberíamos darnos días adicionales, puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de darnos días adicionales. Cuando usted presenta una reclamación rápida, le daremos una respuesta a su reclamación dentro de las 24 horas. (El proceso de hacer una reclamación es diferente del proceso de decisiones de cobertura y de apelaciones. Para más información sobre el proceso para hacer reclamaciones, incluyendo las reclamaciones rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, solicite que le demos una “decisión rápida”.

- **Una decisión rápida significa que le responderemos dentro de las 72 horas.**
 - **Sin embargo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si vemos que falta alguna información que pueda beneficiarle, o si usted necesita tiempo para darnos información para la revisión. Si decidimos darnos días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
 - Si usted considera que **no** deberíamos darnos días adicionales, puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de darnos días adicionales. (Para más información sobre el proceso para hacer reclamaciones, incluyendo las reclamaciones rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo). Nos comunicaremos con usted tan pronto hayamos tomado la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:**
 - Usted puede obtener una decisión rápida únicamente si está solicitando la cobertura de atención médica **que aún no ha recibido**. (Usted no puede obtener una decisión rápida si su solicitud concierne al pago por atención médica que ya recibió).
 - Usted puede obtener una decisión rápida **únicamente** si al utilizar las fechas límite estándar **podiera perjudicar gravemente su salud o afectar su capacidad funcional**.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión rápida”, estaremos automáticamente de acuerdo en darle una decisión rápida.**
- Si usted solicita una decisión rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, nuestro plan decidirá si su salud requiere que le demos una decisión rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le mandaremos una carta indicándolo (y en cambio utilizaremos las fechas límite estándar).
 - Dicha carta le explicará que si su médico pide una decisión rápida, se la daremos automáticamente.
 - La carta también le dirá cómo presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar en vez de la decisión rápida que usted solicitó. (Para más información sobre el proceso de hacer reclamaciones, incluyendo reclamaciones rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2:	Nuestro plan considera su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.
----------------	--

Fechas límite para una decisión “rápida” de cobertura.

- Generalmente, para una decisión rápida, le daremos nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**.
 - Como se explica anteriormente, podemos darnos hasta 14 días calendario adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos darnos unos días adicionales para tomar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
 - Si usted considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando usted presenta una reclamación rápida, le daremos una respuesta a su reclamación dentro de las 24 horas. (Para más información sobre el proceso de presentación de reclamaciones, incluyendo el de reclamaciones rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le damos nuestra respuesta dentro de las 72 horas (o si hay un período de tiempo extendido, al finalizar ese período), usted tiene derecho a presentar una apelación. La Sección 6.3 a continuación dice cómo hacer una apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí para todo o parte de lo que usted solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura de atención médica que nosotros hemos acordado proveer dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si extendemos el plazo que necesitamos para tomar nuestra decisión, le brindaremos la cobertura al finalizar ese período extendido.
- **Si nuestra respuesta es no para todo o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos no.

Fechas límite para una decisión “estándar” de cobertura.

- Generalmente, para una decisión estándar, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud**.
 - Podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (“un período de tiempo extendido”) bajo ciertas circunstancias. Si decidimos darnos unos días adicionales para tomar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
 - Si usted considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando usted presenta una reclamación rápida, le daremos una respuesta a su reclamación dentro de las 24 horas. (Para más información sobre el proceso de presentación de reclamaciones, incluyendo el de reclamaciones rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le damos nuestra respuesta dentro de los 14 días (o si hay un período de tiempo extendido, al finalizar ese período), usted tiene derecho a presentar una apelación. La Sección 6.3 a continuación dice cómo hacer una apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí para todo o parte de lo que usted solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que nosotros hemos acordado proveer dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud. Si extendemos el plazo que necesitamos para tomar nuestra decisión, le proveeremos la cobertura al finalizar ese período extendido.
- **Si nuestra respuesta es no para todo o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos no.

Paso 3:	Si decimos no a su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si quiere hacer una apelación.
----------------	--

- Si nuestro plan dice no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos — y tal vez cambiemos — esta decisión haciendo una apelación. Hacer una apelación significa intentar conseguir de nuevo la cobertura de atención médica que usted desea.
- Si usted decide hacer una apelación, significa que usted va al proceso de apelaciones de Nivel 1 (consulte la Sección 6.3 a continuación).

Sección 6.3	Paso-a-paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la 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 denomina una “ reconsideración ” del plan.
-------------------------	---

Paso 1:	Comuníquese con nuestro plan y haga su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, usted debe solicitarnos una “ apelación rápida ”.
----------------	--

Qué hacer.

- **Para empezar su apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nuestro plan.** Para detalles de cómo contactarnos para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada, **Cómo contactarnos cuando usted hace una apelación o una reclamación sobre su atención médica.**
- **Si está solicitando una apelación estándar, haga su apelación estándar por escrito presentando una solicitud firmada.**
 - Si usted tiene a alguien, aparte de su doctor, que va a presentar la apelación de nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir un formulario de Designación de Representante que autorice a dicha persona a representarlo. (Para conseguir el formulario, comuníquese con el Servicio al Cliente y solicite el formulario de “Designación de Representante” [Appointment of Representative]. El formulario también está disponible en el sitio de Internet de Medicare en <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>). Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podremos finalizar nuestra revisión hasta que no lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (que corresponden a nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será enviada a la Organización de Revisión Independiente para ser rechazada.
- **Si está solicitando una apelación rápida, haga su apelación por escrito o comuníquese con nosotros** al número de teléfono indicado en el Capítulo 2, Sección 1 (**Cómo contactarnos cuando usted hace una apelación o reclamación sobre su atención médica**).
- **Usted debe hacer su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en la notificación escrita que nosotros le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una buena

razón para justificar su incumplimiento, le podemos conceder más tiempo para hacer su apelación. Los casos de motivo válido para no cumplir una fecha límite pueden incluir el hecho de haber tenido una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o el que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Usted puede solicitar una copia de la información relativa a su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
 - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información concerniente a su apelación.
 - Si usted desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (usted puede hacer una solicitud llamándonos).

Términos Legales Una “apelación rápida” también se denomina una “reconsideración acelerada”.

- Si usted está apelando una decisión que nuestro plan tomó sobre cobertura de atención que usted todavía no ha recibido, usted y/o su médico necesitarán decidir si usted necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión rápida. (Estas instrucciones se dieron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos informa que su salud requiere una “apelación rápida”, nosotros le daremos una apelación rápida.

Paso 2:

Nuestro plan considera su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan esté revisando su apelación, damos otra cuidadosa mirada a toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Nosotros revisamos para comprobar si seguimos todas las reglas cuando dijimos no a su solicitud.
- Reuniremos más información si la necesitamos. Nosotros podremos contactar con usted o con su médico para obtener más información.

Fechas límite para una apelación “rápida”.

- Cuando estemos utilizando las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud requiere que lo hagamos.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información que lo pueda beneficiar a usted, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos darnos días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
 - Si no le damos nuestra respuesta dentro de las 72 horas (o al finalizar el tiempo de período extendido si nos damos días adicionales), se nos requiere que enviemos automáticamente

su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es sí para todo o parte de lo que usted solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que nosotros hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de recibida su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no para todo o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una denegación por escrito informándole que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Fechas límite para una apelación “estándar”.

- Si estamos utilizando las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** siguientes a la recepción de su apelación, si su apelación es sobre cobertura de servicios que usted todavía no ha recibido. Le daremos nuestra respuesta antes, si su salud requiere que lo hagamos.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información que lo pueda beneficiar a usted, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más**.
 - Si usted considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando usted presenta una reclamación rápida, le daremos una respuesta a su reclamación dentro de las 24 horas. (Para más información sobre el proceso de presentación de reclamaciones, incluyendo el de reclamaciones rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le damos nuestra respuesta al finalizar la fecha límite descrita anteriormente (o al finalizar el tiempo de período extendido si nos hemos tomado días adicionales), se nos requiere que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es sí para todo o parte de lo que usted solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que nosotros hemos acordado proveer dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no para todo o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una denegación por escrito informándole que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3:	Si nuestro plan dice no a parte o a toda su apelación, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.
----------------	---

- Para asegurar que seguimos todas las reglas cuando dijimos no a su apelación, **nuestro plan tiene el requerimiento de enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación continúa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, el cual corresponde al Nivel 2.

Sección 6.4 Paso-a-paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2

Si nuestro plan dice no a su apelación de Nivel 1, su caso será enviado **automáticamente** al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que nuestro plan hizo cuando dijimos no a su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que nosotros hemos tomado debe ser cambiada o no.

Términos Legales	El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” se denomina la “ Entidad de Revisión Independiente ”. En algunas ocasiones es denominada la “ IRE ”.
-------------------------	--

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para ocupar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina “archivo de su caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene el derecho de dar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.
- Los inspectores de la Organización de Revisión Independiente darán una cuidadosa mirada a toda la información relacionada con su apelación.

Si usted tuvo una apelación “rápida” de Nivel 1, también tendrá una apelación “rápida” de Nivel 2.

- Si usted tuvo una apelación rápida de Nivel 1 de nuestro plan, usted recibirá automáticamente una apelación rápida de Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo a usted, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales.**

Si usted tuvo una apelación “estándar” de Nivel 1, también tendrá una apelación “estándar” de Nivel 2.

- Si usted tuvo una apelación estándar de Nivel 1 de nuestro plan, usted recibirá automáticamente una apelación estándar de Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que lo pueda beneficiar a usted, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales.**

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará de su decisión por escrito y le explicará sus razones para dicha decisión.

- **Si la organización de revisión dice sí para todo o parte de lo que usted solicitó**, nosotros debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o proveer el servicio dentro de los 14 días posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización dice no a parte o a toda su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud de cobertura (o parte de ésta) para atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina “apoyar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
 - La notificación que usted recibirá de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito si su caso cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones. Por ejemplo, para continuar y hacer otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir con un mínimo requerido. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no podrá hacer otra apelación, lo cual significa que la decisión de Nivel 2 es definitiva.

Paso 3:

Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si quiere o no continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, usted debe decidir si quiere o no continuar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacerlo están en la notificación escrita que usted recibió después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo. La Sección 10 en este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5

¿Qué pasa si usted está solicitando a nuestro plan el reembolso de nuestra participación en el costo de una factura que usted recibió por atención médica?

Si usted desea pedir a nuestro plan el pago de atención médica, empiece por leer el Capítulo 7 de este folleto: **Solicitarnos el pago de nuestra participación de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos**. El Capítulo 7 describe las situaciones en las cuales usted puede pedir un reembolso o el pago de una factura que usted recibió de un proveedor. Además, explica cómo enviarnos la documentación en la que nos solicita el pago.

Solicitar un reembolso es solicitar a nuestro plan una decisión de cobertura.

Si usted nos envía la documentación en la que nos solicita un reembolso, usted está solicitándonos que tomemos una decisión de cobertura (para más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, nosotros revisaremos para ver 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)**). Además, revisaremos para ver que usted ha seguido todas las reglas al utilizar su cobertura para atención médica (estas reglas son dadas en el Capítulo 3 de este folleto: **Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos**).

Nosotros diremos sí o no a su solicitud.

- Si la atención médica que usted pagó está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica dentro de los 60 días calendario de recibida su solicitud. O, si usted no ha pagado los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. (Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir **sí** a su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica **no** está cubierta, o usted **no** siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta que dice que no pagaremos por los servicios y las razones para dicha decisión. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que decir **no** a su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si usted solicita el pago y nosotros decimos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **usted puede hacer una apelación**. Si usted hace una apelación, significa que está pidiéndonos que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso para apelaciones que describimos en la parte 6.3 de esta sección. Consulte esta parte para instrucciones paso-a-paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si usted hace una apelación para reembolso debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. (Si usted está solicitándonos que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y que usted mismo pagó, no le es permitido solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de denegar el pago, debemos enviarle el pago que ha solicitado, a usted o al proveedor, dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es sí en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó, a usted o al proveedor, dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación



¿Ha leído usted la Sección 5 de este capítulo (**Una guía “básica” sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones**)? Si no, tal vez quiera leerla antes de empezar esta sección.

Sección 7.1	Esta sección le indica qué hacer si está teniendo problemas al obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos por un medicamento de la Parte D
--------------------	--

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Medicare denomina estos medicamentos recetados para pacientes ambulatorios “medicamentos de la Parte D”. Puede obtener estos medicamentos siempre que estén incluidos en nuestra **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** de nuestro plan y que el uso del medicamento sea una indicación médicamente admitida. (Una “indicación médicamente admitida” es un

uso del medicamento que está aprobado por la Administración de alimentos y medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o indicado en ciertos manuales de referencia. Consulte la Sección 4 del Capítulo 5 para más información sobre indicaciones medicamente admitidas).

- **Esta sección es solamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para hacer más fáciles las cosas, generalmente decimos “medicamento” en el resto de esta sección, en vez de repetir cada vez “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D”.
- Para detalles sobre qué queremos decir por medicamentos de la Parte D, la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)**, reglas y restricciones de cobertura, e información del costo, consulte el Capítulo 5 (**Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**) y el Capítulo 6 (**Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D**).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D.

Como se explicó en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o con respecto al monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos Legales	Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina “ determinación de cobertura ”.
-------------------------	---

A continuación hay algunos ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicita hacer sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita hacer una excepción, incluyendo:
 - Que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** del plan.
 - Que no apliquemos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (tal como límites a la cantidad del medicamento que usted puede obtener).
 - Que usted pague un monto menos elevado de costos compartidos por un medicamento no preferido cubierto.
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted y si cumple con los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** del plan, pero requerimos que usted obtenga autorización nuestra antes de que lo cubramos para usted).
 - Tenga en cuenta que: Si su farmacia le indica que su medicamento recetado no puede ser obtenido de la manera cómo está recetado, le será entregada una notificación escrita sobre cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que usted ya adquirió. Ésta es una solicitud para una decisión de cobertura concerniente al pago.

Si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el cuadro a continuación como ayuda para determinar qué parte tiene la información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
<p>¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o desea que levantemos una regla o restricción sobre un medicamento que sí cubrimos?</p> <p>Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Éste es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Empiece con la Sección 7.2 de este capítulo.</p>	<p>¿Desea usted que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y considera que cumple con todas la reglas y restricciones del plan (como obtener una aprobación previa) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</p> <p>Vaya a la Sección 7.4 de este capítulo.</p>	<p>¿Quiere solicitarnos que le reembolsemos un medicamento que usted ya recibió y pagó?</p> <p>Puede solicitarnos un reembolso. (Éste es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Vaya a la Sección 7.4 de este capítulo.</p>	<p>¿Ya le explicamos que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la manera que usted desea que se cubra o pague?</p> <p>Puede hacer una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo una reconsideración).</p> <p>Vaya a la Sección 7.5 de este capítulo.</p>

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la manera que usted desearía que estuviera, puede solicitarle al plan que haga una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Como con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud para una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando usted solicita una excepción, su médico u otro recetador necesitará explicar las razones médicas de por qué usted necesita que la excepción sea aprobada. Entonces, nosotros consideraremos su solicitud. A continuación hay dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro recetador puede solicitarnos que hagamos:

1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan. (Lo denominamos “Lista de Medicamentos” para abreviarlo).

Términos Legales Solicitar cobertura de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos se denomina en algunas ocasiones solicitar una **“excepción al formulario”**.

- Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, usted deberá pagar el monto del costo compartido que aplica a los medicamentos del nivel cuatro. Usted no puede solicitar una excepción al monto de copago o coaseguro que requerimos que pague por el medicamento.

- No puede solicitar cobertura para ninguno de los “medicamentos excluidos” u otros medicamentos que no pertenezcan a la Parte D, que Medicare no cubra. (Para más información sobre medicamentos excluidos, consulte el Capítulo 5).

2. Eliminación de una restricción de la cobertura del plan para un medicamento cubierto.

Existen reglas adicionales o restricciones que aplican para ciertos medicamentos de la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** del plan (para más información, consulte el Capítulo 5 en la Sección 5).

Términos Legales	Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina en algunas ocasiones solicitar una “ excepción al formulario ”.
-------------------------	---

- Las reglas y restricciones adicionales de cobertura para ciertos medicamentos incluyen:
 - **Requerir la utilización de la versión genérica** de un medicamento, en vez del medicamento de marca.
 - **Obtener autorización del plan por adelantado** antes de que acordemos cubrirle este medicamento. (Esto se denomina en algunas ocasiones “autorización previa”).
 - **Requerir primero la prueba de un medicamento diferente** antes de que acordemos cubrir el medicamento que usted solicita. (Esto se denomina en algunas ocasiones “tratamiento escalonado”).
 - **Límites de cantidad.** Para algunos medicamentos, existen restricciones para la cantidad de medicamento que usted puede obtener.
- Si nuestro plan está de acuerdo en hacer una excepción y no aplicarle la restricción, puede solicitar una excepción al monto de copago o coaseguro que requerimos que pague por el medicamento.

Sección 7.3 Cosas importantes que se deben saber sobre las solicitudes de excepción

Su médico debe informarnos las razones médicas.

Su médico u otro recetador debe brindarnos una declaración que explique las razones médicas para la solicitud de una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta HI de su médico u otro recetador cuando nos solicite una excepción.

Normalmente, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que usted solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobaremos su solicitud para una excepción.

Nuestro plan puede decir sí o no a su solicitud.

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, nuestra aprobación será usualmente válida hasta el final del año del plan. Esto continuará así, siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento continúe siendo seguro y efectivo para el tratamiento de su afección.

- Si decimos no a su solicitud para una excepción, usted puede solicitar una revisión de nuestra decisión haciendo una apelación. La Sección 7.5 explica cómo hacer una apelación si decimos que no.

La sección siguiente explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

Sección 7.4	Paso-a-paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción
--------------------	--

Paso 1:	Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre el(los) medicamento(s) o el pago que usted necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar que tomemos una “ decisión rápida ”. No puede solicitarnos una decisión rápida si está pidiéndonos el reembolso de un medicamento que usted ya adquirió.
----------------	---

Qué hacer.

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que usted desea.** Empiece llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para hacer su solicitud. Usted, su representante, o su médico (u otro recetador) pueden hacer esto. Para detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección: **Cómo contactarnos cuando esté solicitando una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.** O si está solicitándonos el reembolso de un medicamento, consulte la sección titulada **A dónde enviar una solicitud que nos pida pagar nuestra participación en los costos de atención médica o de un medicamento que usted ha recibido.**
- **Usted o su médico o alguien más designado para que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede dar autorización escrita a alguien más para actuar como su representante. Usted también puede designar un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitar a nuestro plan el reembolso de un medicamento,** empiece por leer el Capítulo 7 de este folleto: **Solicitarnos el pago de nuestra participación de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos.** El Capítulo 7 describe las situaciones en las cuales usted podría tener que solicitar un reembolso. Además, explica cómo enviarnos la documentación solicitándonos el reembolso de nuestra participación en el costo de un medicamento que usted ya pagó.
- **Si usted está solicitando una excepción, adjunte la “declaración del médico”.** Su médico u otro recetador deben darnos las razones médicas para la excepción del medicamento que usted está solicitando. (Esto lo denominamos “declaración del médico”). Su médico u otro recetador pueden enviar vía fax o por correo la declaración a nuestro plan. O su médico u otro recetador pueden comunicárnoslo por teléfono y después enviar la declaración firmada vía fax o por correo. Consulte las secciones 7.2 y 7.3 para más información sobre solicitudes de excepción.

Si su salud lo requiere, solicite que le demos una “decisión rápida”.

Términos Legales	Una “decisión rápida” se denomina una “ determinación de cobertura acelerada ”.
-------------------------	--

- Cuando le demos nuestra decisión, utilizaremos las fechas límite “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar las fechas límite “rápidas”. Una decisión estándar significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico. Una decisión rápida significa que responderemos dentro de las 24 horas.
- **Para obtener una decisión rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:**
 - Usted puede obtener una decisión rápida solamente si está solicitando un **medicamento que usted aún no ha recibido**. (Usted no puede obtener una decisión rápida si nos está solicitando el reembolso por un medicamento que ya adquirió).
 - Usted puede obtener una decisión rápida **solamente** si utilizar las fechas límite estándar podría **perjudicar gravemente su salud o afectar su capacidad para funcionar**.
- **Si su médico u otro recetador nos dice que su salud requiere una “decisión rápida”, estaremos automáticamente de acuerdo en darle una decisión rápida.**
- Si usted solicita una decisión rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otro recetador), nuestro plan decidirá si su salud requiere que le demos una decisión rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta indicándolo (y utilizaremos en cambio las fechas límite estándar).
 - Esta carta le explicará que si su médico u otro recetador piden una decisión rápida, le daremos automáticamente una decisión rápida.
 - La carta también le explicará cómo presentar una reclamación sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar en vez de la decisión rápida que usted solicitó. Le explica cómo presentar una reclamación “rápida”, lo cual significa que usted tendría nuestra respuesta a su reclamación dentro de las 24 horas. (El proceso para hacer una reclamación es diferente al proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información sobre el proceso para hacer reclamaciones, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2:**Nuestro plan considera su solicitud y le damos nuestra respuesta.****Fechas límite para una decisión “rápida” de cobertura.**

- Cuando estemos utilizando las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si usted está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico respaldando su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud requiere que lo hagamos.
 - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, explicamos sobre esta organización de revisión y sobre qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí para todo o parte de lo que usted solicitó**, debemos brindar la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o a la declaración de su médico respaldando su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no para todo o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos no.

Fechas límite para una decisión “estándar” de cobertura acerca de un medicamento que aún no ha recibido.

- Cuando estemos utilizando las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si usted está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico respaldando su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud requiere que lo hagamos.
 - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, explicamos sobre esta organización de revisión y sobre qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí para todo o parte de lo que usted solicitó:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que hemos acordado proveer **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o a la declaración de su médico respaldando su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no para todo o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos no.

Fechas límite para una decisión “estándar” de cobertura acerca del pago por un medicamento que usted ya adquirió.

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, explicamos sobre esta organización de revisión y sobre qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí para todo o parte de lo que usted solicitó**, debemos efectuarle el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no para todo o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos no.

Paso 3:	Si decimos no a su solicitud de cobertura, usted decide si quiere hacer una apelación.
----------------	---

- Si nuestro plan dice no, usted tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos — y posiblemente cambiemos — la decisión que hemos tomado.

Sección 7.5 Paso-a-paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos Legales Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se denomina una “redeterminación” del plan.

Paso 1: Comuníquese con nuestro plan y haga su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, usted debe solicitarnos una “apelación rápida”.

Qué hacer.

- **Para empezar su apelación, usted (o su representante, su médico u otro recetador) deben comunicarse con nuestro plan.**
 - Para detalles de cómo contactarnos por teléfono, fax o correo para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada **Cómo contactarnos cuando usted hace una apelación o una reclamación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.**
- **Si está solicitando una apelación estándar, haga su apelación presentando una solicitud escrita.**
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacer su apelación por escrito o comunicarse con nosotros al número de teléfono indicado en el Capítulo 2, Sección 1** (Cómo contactarnos cuando usted hace una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D).
- **Usted debe hacer su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en la notificación escrita que nosotros le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si usted deja pasar esta fecha límite y tiene una buena razón para justificar el incumplimiento del plazo, le podemos conceder más tiempo para hacer su apelación. Los casos de motivo válido para no cumplir una fecha límite pueden incluir el hecho de haber tenido una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o el que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Usted puede pedir una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
 - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información concerniente a su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico u otro recetador pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”.

Términos Legales Una “apelación rápida” también se denomina una “redeterminación acelerada”.

- Si usted está apelando una decisión tomada por nuestro plan sobre un medicamento que usted todavía no ha recibido, usted y su médico u otro recetador necesitarán decidir si usted necesita una “apelación rápida”.

- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida” en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2:	Nuestro plan considera su apelación y le damos nuestra respuesta.
----------------	--

- Cuando nuestro plan esté revisando su apelación, damos otra cuidadosa mirada a toda la información sobre su solicitud de cobertura. Nosotros revisamos para ver que seguimos todas las reglas cuando dijimos no a su solicitud. Nosotros podemos contactarlo a usted o a su médico u otro recetador para obtener más información.

Fechas límite para una apelación “rápida”.

- Si estamos utilizando las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud requiere que lo hagamos.
 - Si no le damos nuestra respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es sí para todo o parte de lo que usted solicitó**, debemos brindar la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no para todo o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación “estándar”.

- Si estamos utilizando las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra respuesta antes si usted no ha recibido todavía el medicamento y su estado de salud requiere que lo hagamos. Si usted considera que su salud lo requiere, solicite una apelación “rápida”.
 - Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es sí para todo o parte de lo que usted solicitó:**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que hemos acordado proveer tan rápidamente como su salud lo requiera, pero **máximo 7 días calendario** después de la recepción de su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolso por un medicamento que usted ya adquirió, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es no para todo o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3:	Si nuestro plan dice no a su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y hacer otra apelación.
----------------	---

- Si nuestro plan dice no a su apelación, usted elige si acepta esta decisión o si continúa haciendo otra apelación.
- Si usted decide hacer otra apelación, significa que su apelación continúa al proceso de apelaciones de Nivel 2 (consulte a continuación).

Sección 7.6 Paso-a-paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2

Si nuestro plan dice no a su apelación, usted elige si acepta esta decisión o continúa haciendo otra apelación. Si usted decide continuar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión tomada por nuestro plan cuando le dijimos no a su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos se debe cambiar.

Términos Legales	El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es la “ Entidad de Revisión Independiente ”. En algunas ocasiones es denominada la “ IRE ”.
-------------------------	---

Paso 1:	Para hacer una apelación de Nivel 2, usted debe contactar a la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.
----------------	---

- Si nuestro plan dice no a su apelación de Nivel 1, la notificación escrita que le enviaremos incluirá **instrucciones de cómo hacer una apelación de Nivel 2** con la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le explicarán quién puede hacer una apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe seguir y cómo contactar a la organización de revisión.
- Cuando usted hace una apelación a la Organización de Revisión Independiente, enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina “archivo de su caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene el derecho a proveer información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

Paso 2:	La Organización de Revisión Independiente hace una revisión de su apelación y le da una respuesta.
----------------	---

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente, que es contratada por Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones sobre sus beneficios de la Parte D con nuestro plan.
- Los inspectores de la Organización de Revisión Independiente darán una cuidadosa mirada a toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará sus razones para dicha decisión.

Fechas límite para una apelación “rápida” de Nivel 2.

- Si su salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización de revisión está de acuerdo en darle una “apelación rápida”, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente dice sí a todo o parte de lo que usted solicitó**, debemos brindar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

Fechas límite para una apelación “estándar” de Nivel 2.

- Si usted tiene una apelación estándar de Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente dice sí a todo o parte de lo que usted solicitó:**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba la solicitud para reembolso por un medicamento que usted ya adquirió, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

¿Qué pasa si la organización de revisión dice no a su apelación?

Si esta organización dice no a su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “apoyar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).

Para continuar y hacer otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando debe cumplir con un monto mínimo requerido. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no podrá hacer otra apelación, lo cual significa que la decisión de Nivel 2 es definitiva. La notificación que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3:	Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple los requisitos, usted elige si quiere continuar con su apelación.
----------------	---

- Después del Nivel 2, existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, usted debe decidir si quiere continuar o no al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide hacer una tercera apelación, los detalles de cómo hacerlo están en la notificación escrita que usted recibió después de su segunda apelación.

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez en derecho administrativo. La Sección 10 en este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía más larga en un hospital para pacientes internos si considera que su médico le está dando el alta hospitalaria demasiado pronto

Cuando usted es admitido a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para más información sobre nuestra cobertura de su atención hospitalaria, incluyendo cualquier limitación en esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: **Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**.

Durante su estadía en un hospital, su médico y el personal del hospital estarán trabajando con usted para preparar el día en que usted abandonará el hospital. Además, le ayudarán a organizar la atención que pueda necesitar una vez abandone el hospital.

- El día que usted abandona el hospital se denomina su **“fecha de alta hospitalaria”**. La cobertura de nuestro plan de su estadía en el hospital termina en esta fecha.
- Cuando se haya decidido su fecha de alta hospitalaria, usted será informado por su médico o por el personal del hospital.
- Si considera que se le está pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía más larga y su solicitud será considerada. Esta sección le explica cómo hacer la solicitud.

Sección 8.1 Durante su estadía en el hospital para pacientes internos, recibirá una notificación escrita de Medicare que le informa sobre sus derechos
--

Durante su estadía en un hospital, se le dará una notificación escrita denominada **Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos**. Todas las personas con Medicare reciben una copia de esta notificación cuando han sido admitidas a un hospital. Alguien del hospital (por ejemplo un(a) trabajador(a) social o un(a) enfermero(a)) debe entregárselo dentro de los dos días de haber sido admitido. Si usted no recibe la notificación, solicítela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, comuníquese con el Servicio al Cliente. 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 cuidadosamente esta notificación y haga preguntas si no la entiende.** Le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluyendo:
 - Su derecho a recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, tal como lo ordenó su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son los servicios, quién pagará por ellos y dónde obtenerlos.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital y a saber quién la pagará.
 - Dónde reportar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.

- Su derecho a apelar la decisión de su alta hospitalaria si considera que se le está dando el alta hospitalaria demasiado pronto.

Términos Legales	La notificación escrita de Medicare le explica cómo puede “ solicitar una revisión inmediata ”. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar una demora en la fecha de su alta hospitalaria para que cubramos su atención en el hospital por más tiempo. (La Sección 8.2 a continuación explica cómo puede solicitar una revisión inmediata).
-------------------------	--

2. Debe firmar la notificación para demostrar que la recibió y que entiende sus derechos.

- Usted o alguien que esté actuando en su nombre debe firmar esta notificación. (La Sección 5 de este capítulo explica cómo puede dar una autorización escrita a alguien para que actúe como su representante).
- Firmar la notificación **sólo** demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. La notificación no brinda su fecha de alta hospitalaria (su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta hospitalaria). El firmar la notificación **no significa** que usted esté de acuerdo con una fecha de alta hospitalaria.

3. Conserve su copia de la notificación firmada a la mano para tener la información cuando la necesite sobre cómo hacer una apelación (o para reportar una inquietud sobre la calidad de atención).

- Si usted firma la notificación con más de 2 días de anticipación a la fecha en que usted abandonará el hospital, recibirá otra copia antes de la fecha programada para su alta hospitalaria.
- Para consultar con anticipación una copia de esta notificación, puede comunicarse con el Servicio al Cliente 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. Además, la puede consultar en Internet en http://www.cms.gov/BNI/12_HospitalDischargeAppealNotices.asp

Sección 8.2	Paso-a-paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria
--------------------	--

Si desea solicitar que sus servicios hospitalarios sean cubiertos por más tiempo por nuestro plan, necesitará utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de empezar, conozca qué debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.** Cada paso en los primeros dos niveles del proceso de apelaciones se explica a continuación.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir las fechas límite que aplican a lo que usted debe hacer.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud, una organización del gobierno que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Ésta revisa para ver si su fecha planeada de alta hospitalaria es médicamente apropiada para usted.

Paso 1:	Contacte a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta hospitalaria. Usted debe actuar rápidamente.
----------------	--

Términos Legales	Una “revisión rápida” también se denomina una “ revisión inmediata ”.
-------------------------	--

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica que son pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Esta organización es pagada por Medicare para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para las personas con Medicare.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- La notificación escrita que usted recibió (**Mensaje Importante de Medicare acerca de sus Derechos**) le explica cómo contactar a esta organización. (O busque el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto).

Actúe rápidamente:

- Para hacer su apelación, debe contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes** de abandonar el hospital y **máximo en su fecha planeada de alta hospitalaria**. (Su “fecha planeada de alta hospitalaria” es la fecha que se ha establecido para que usted abandone el hospital).
 - Si cumple con esta fecha límite, le es permitido permanecer en el hospital **después** de su fecha planeada de alta hospitalaria **sin pagar** mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación.
 - Si **no cumple** con esta fecha límite, y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta hospitalaria, **podría tener que pagar todos los costos** de la atención hospitalaria que recibió después de su fecha planeada de alta hospitalaria.
- Si deja pasar la fecha límite para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad acerca de su apelación, puede hacer en cambio una apelación directamente a nuestro plan. Para detalles sobre esta otra manera de hacer su apelación, consulte la Sección 8.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Usted debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “**revisión rápida**” sobre su alta hospitalaria. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted está solicitándole a la organización que utilice las fechas límite “rápidas” para una apelación en vez de utilizar las fechas límite estándar.

Términos Legales	Una “ revisión rápida ” también se denomina una “ revisión inmediata ” o una “ revisión acelerada ”.
-------------------------	---

Paso 2:	La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.
----------------	--

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los denominaremos “los inspectores” para abreviarlo) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que la cobertura para estos servicios debe continuar. Usted no tiene que preparar nada por escrito, sin embargo puede hacerlo si lo desea.
- Además, los inspectores consultarán su HI, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan y el hospital les hayan brindado.
- Antes del mediodía del día siguiente a la notificación de su apelación a nuestro plan por parte de los inspectores, usted recibirá también una notificación escrita que le informará su fecha planeada de alta hospitalaria y explicará las razones por las cuales su médico, el hospital y nuestro plan consideran que es correcto (medicamento apropiado) que usted reciba el alta hospitalaria en esa fecha.

Términos Legales	Esta explicación escrita se denomina la “ Notificación Detallada de Alta Hospitalaria ”. Puede obtener un modelo de esta notificación comunicándose con el Servicio al Cliente 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). O, para un modelo de la notificación, consulte en Internet en http://www.cms.hhs.gov/BNI/
-------------------------	--

Paso 3:	Dentro de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.
----------------	--

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión dice **sí** a su apelación, **nuestro plan deberá continuar brindándole los servicios hospitalarios cubiertos por el tiempo que éstos sean médicamente necesarios.**
- Usted deberá continuar pagando su participación en los costos (tales como deducibles o copagos, si éstos aplican). Además, puede haber limitaciones a los servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión dice **no** a su apelación, está diciendo que su fecha planeada de alta hospitalaria es médicamente apropiada. Si esto sucede, **la cobertura de nuestro plan para sus servicios hospitalarios terminará** al mediodía del día **siguiente** en el cual la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta a su apelación.

- Si la organización de revisión dice **no** a su apelación y decide permanecer en el hospital, **usted podría tener que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que usted reciba después del mediodía del día siguiente en el cual la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta a su apelación.

Paso 4:	Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si quiere hacer otra apelación.
----------------	--

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha planeada de alta hospitalaria, puede hacer otra apelación. Hacer otra apelación significa continuar al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.3	Paso-a-paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria
--------------------	--

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha planeada de alta hospitalaria, puede hacer entonces una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise de nuevo la decisión que ésta tomó en su primera apelación. Si rechazamos su apelación de Nivel 2, puede que usted tenga que pagar el costo total de su estadía después de la fecha planeada de alta hospitalaria.

A continuación están los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1:	Usted contacta de nuevo a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.
----------------	---

- Usted debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en el cual la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dijo **no** a su apelación de Nivel 1. Solamente puede solicitar esta revisión si permanece en el hospital después de la fecha en la cual termina su cobertura para la atención.

Paso 2:	La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.
----------------	---

- Los inspectores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le harán otro cuidadoso estudio a toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3:	Dentro de los 14 días calendario, los inspectores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad decidirán sobre su apelación y le darán su decisión.
----------------	---

Si la organización de revisión dice sí:

- **Nuestro plan debe reembolsarle a usted** nuestra participación de los costos de la atención hospitalaria que usted haya recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que su

primera apelación fue rechazada por la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
Nuestro plan debe continuar brindando cobertura para su atención hospitalaria por el tiempo que sea médicamente necesario.

- Usted debe continuar pagando su participación en los costos y pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión dice no:

- Significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- La notificación que recibirá le informará por escrito qué debe hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Ésta le proporcionará los detalles sobre cómo continuar al siguiente nivel de apelación, el cual será manejado por un juez.

Paso 4:	Si la respuesta es no, usted decide si quiere continuar con su apelación yendo al Nivel 3.
----------------	---

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si continúa al Nivel 3 y hace otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez.
- La Sección 10 en este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	¿Qué sucede si usted deja pasar la fecha límite para hacer su apelación de Nivel 1?
--------------------	--

Usted puede entonces presentar una apelación a nuestro plan.

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.2, usted debe actuar rápidamente para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para empezar su primera apelación sobre su alta hospitalaria. (“Rápidamente” significa antes de abandonar el hospital y máximo en su fecha planeada de alta hospitalaria). Si deja pasar la fecha límite para contactar esta organización, existe otra manera de hacer su apelación.

Si utiliza esta otra manera para hacer su apelación, **los dos primeros niveles de apelación son diferentes.**

Paso-a-paso: Cómo hacer una apelación alterna de Nivel 1.

Si deja pasar la fecha límite para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede hacer una apelación a nuestro plan, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza las fechas límite rápidas en vez de las fechas límite estándar.

Términos Legales	Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina una “ apelación acelerada ”.
-------------------------	--

Paso 1:	Comuníquese con nuestro plan y solicite una “revisión rápida”.
----------------	---

- Para detalles de cómo contactar nuestro plan, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada **Cómo contactarnos cuando usted hace una apelación o una reclamación sobre su atención médica.**
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está solicitando que le demos una respuesta utilizando las fechas límite “rápidas” en vez de las fechas límite “estándar”.

Paso 2:	Nuestro plan hace una revisión “rápida” sobre su fecha planeada de alta hospitalaria, revisando para ver que sea médicamente apropiada.
----------------	--

- Durante esta revisión, nuestro plan revisa toda la información sobre su estadía en el hospital. Revisamos para ver si su fecha planeada de alta hospitalaria fue médicamente apropiada. Revisaremos para ver si la decisión acerca de cuándo debía abandonar el hospital fue justa y siguió todas las reglas.
- En esta situación, utilizaremos las fechas límite “rápidas” en vez de las fechas límite estándar para proporcionarle a usted una respuesta de esta revisión.

Paso 3:	Nuestro plan le da nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de una “revisión rápida” (“apelación rápida”).
----------------	---

- **Si nuestro plan dice sí a su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta hospitalaria, y seguiremos brindándole los servicios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. Significa también que estamos de acuerdo en reembolsarle nuestra participación en los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Usted debe pagar su participación en los costos y pueden aplicar limitaciones de cobertura).
- **Si nuestro plan dice no a su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha planeada de alta hospitalaria era médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios termina el día que dijimos que terminaría.
 - Si usted permaneció en el hospital **después** de su fecha planeada de alta hospitalaria, **usted podría tener que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha planeada de alta hospitalaria.

Paso 4:	Si nuestro plan dice no a su apelación rápida, su caso será automáticamente enviado al siguiente nivel del proceso de apelaciones.
----------------	---

- Para asegurar que seguimos todas las reglas cuando dijimos no a su apelación rápida, **nuestro plan tiene que enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”.** Cuando hacemos esto, significa que usted **automáticamente** continúa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso-a-paso: Cómo hacer una apelación alterna de Nivel 2.

Si nuestro plan dice no a su apelación de Nivel 1, su caso será **automáticamente** enviado al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que nuestro plan tomó cuando dijimos no a su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos Legales	El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es la “ Entidad de Revisión Independiente ”. En algunas ocasiones es denominada la “ IRE ”.
-------------------------	---

Paso 1:	Nosotros enviaremos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente.
----------------	---

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas a partir del momento en el que dijimos no a su primera apelación. (Si usted considera que no estamos cumpliendo esta fecha límite u otras fechas límite, puede hacer una reclamación. El proceso de reclamación es diferente al proceso de apelación. La Sección 11 de este capítulo explica cómo hacer una reclamación).

Paso 2:	La Organización de Revisión Independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los inspectores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.
----------------	---

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los inspectores de la Organización de Revisión Independiente darán una cuidadosa mirada a toda la información relacionada con su apelación sobre su alta hospitalaria.
- **Si esta organización dice sí a su apelación,** nuestro plan debe reembolsarle (devolverle el pago) de nuestra participación en los costos de la atención hospitalaria que usted ha recibido desde su fecha planeada de alta hospitalaria. Además, debemos continuar la cobertura del plan para sus servicios hospitalarios por el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su participación en los costos. Si hubiera limitaciones de cobertura, éstas podrían limitar el monto que podemos reembolsarle o por cuánto tiempo podríamos continuar cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización dice no a su apelación,** significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su fecha planeada de alta hospitalaria era médicamente apropiada.
 - La notificación que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Ésta le informará los detalles sobre cómo continuar a una apelación de Nivel 3, la cual es manejada por un juez.

Paso 3:	Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea llevar más lejos su apelación.
----------------	---

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los inspectores dicen que no a su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta esa decisión o si continúa al Nivel 3 y hace una tercera apelación.
- La Sección 10 en este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 9.1	Esta sección trata de tres servicios <u>solamente</u>: Atención médica domiciliaria, atención en un Centro de Enfermería Especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORE, por sus siglas en inglés)
--------------------	--

Esta sección trata de los siguientes tipos de servicios **solamente**:

- **Servicios de atención médica domiciliaria** que usted está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que usted está recibiendo como paciente en un Centro de Enfermería Especializada. (Con el fin de conocer acerca de los requisitos para ser considerado un “Centro de Enfermería Especializada”, consulte el Capítulo 12, **Definiciones de términos importantes**).
- **Atención de rehabilitación** que usted está recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORE, por sus siglas en inglés) que esté aprobado por Medicare. Usualmente, esto significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación mayor. (Para más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, **Definiciones de términos importantes**).

Cuando usted esté recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene el derecho de seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención por el tiempo que éste sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para más información sobre sus servicios cubiertos, incluyendo su participación en los costos y cualquier limitación de cobertura que aplique, consulte el Capítulo 4 de este folleto: **Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**.

Cuando nuestro plan decide que es tiempo de suspender la cobertura de alguno de estos tres tipos de atención para usted, debemos informárselo con anticipación. Cuando su cobertura para esa atención termine, **nuestro plan suspenderá el pago de su participación en el costo de su atención**.

Si usted considera que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado rápido, **usted puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le explica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le notificaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

1. **Usted recibirá una notificación por escrito.** Por lo menos dos días antes de la suspensión de la cobertura de su atención por parte de nuestro plan, la agencia o centro que está brindándole atención le dará una notificación.
 - La notificación escrita le informa la fecha en la cual nuestro plan suspenderá la cobertura de su atención.
 - Esta notificación escrita también le explica qué puede hacer si desea solicitarle a nuestro plan que cambie su decisión acerca de cuándo suspender su atención, y continuar cubriéndola por un período de tiempo más prolongado.

Términos Legales	Al explicar qué puede hacer, la notificación escrita le indica cómo solicitar una “ apelación rápida ”. Solicitar una apelación rápida es una manera oficial, legal, de solicitar que cambiemos nuestra decisión de cobertura relativa al momento de suspender su atención. (La Sección 9.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación rápida).
-------------------------	---

Términos Legales	Esta notificación escrita es denominada “ Notificación de no cobertura de Medicare ”. Para obtener un modelo de la notificación, comuníquese con el Servicio al Cliente 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. O consulte una copia en Internet en http://www.cms.hhs.gov/BNI/
-------------------------	---

2. **Debe firmar la notificación escrita para demostrar que la recibió.**
 - Usted o alguien que esté actuando en su nombre debe firmar esta notificación. (La Sección 5 le explica cómo puede dar una autorización escrita a alguien para que actúe como su representante).
 - Firmar la notificación **solamente** demuestra que usted ha recibido la información acerca de cuándo la cobertura de su atención será suspendida. **El firmar la notificación no significa que usted esté de acuerdo** con el plan en que ese sea el momento para dejar de recibir su atención.

Sección 9.3 Paso-a-paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 para conseguir que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitar que nuestro plan cubra su atención por más tiempo, necesitará utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de empezar, entienda qué debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.** Cada paso en los primeros dos niveles del proceso de apelaciones se explica a continuación.

- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir las fechas límite que aplican a las cosas que usted debe hacer. Existen también fechas límite que nuestro plan debe cumplir. (Si usted considera que no estamos cumpliendo estas fechas límite, puede hacer una reclamación. La Sección 11 de este capítulo explica cómo hacer una reclamación).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud, una organización del gobierno que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si la decisión tomada por nuestro plan debe cambiar.

Paso 1:	Haga su apelación de Nivel 1: Contacte la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Usted debe actuar rápidamente.
----------------	---

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que son pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos revisan la calidad de la atención recibida por personas con Medicare y las decisiones del plan acerca de cuándo es tiempo de suspender la cobertura para ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- La notificación escrita que usted recibió le explica cómo contactar a esta organización. (O busque el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización que haga una revisión independiente sobre si es médicamente apropiado que nuestro plan termine la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para contactar a esta organización.

- Debe contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para empezar su apelación **máximo al mediodía del día siguiente al cual usted recibe la notificación escrita informándole cuándo suspenderemos la cobertura de su atención.**
- Si deja pasar la fecha límite para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede en cambio presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para detalles sobre esta otra manera de hacer su apelación, consulte la Sección 9.5.

Paso 2:	La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente sobre su caso.
----------------	---

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los denominaremos “los inspectores” para abreviarlo) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que la cobertura para estos servicios debe continuar. Usted no tiene que preparar nada por escrito, sin embargo puede hacerlo si lo desea.
- Además, la organización de revisión revisará su HI, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le haya brindado.
- Antes de finalizar el día en el cual los inspectores notificaron a nuestro plan su apelación, usted recibirá también de parte del plan una notificación escrita que explica nuestras razones para terminar la cobertura del plan para sus servicios.

Términos Legales	Esta explicación escrita se denomina la “ Explicación detallada de no cobertura ”.
-------------------------	---

Paso 3:	Dentro de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los inspectores le informarán su decisión.
----------------	---

¿Qué sucede si los inspectores dicen sí a su apelación?

- Si los inspectores dicen **sí** a su apelación, entonces **nuestro plan tendrá que continuar brindándole los servicios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá continuar pagando su participación en los costos (tales como deducibles o copagos, si éstos aplican). Además, puede haber limitaciones en los servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los inspectores dicen no a su apelación?

- Si los inspectores dicen **no** a su apelación, entonces **su cobertura terminará el día que le informamos que lo haría.** Nuestro plan suspenderá el pago de su participación en los costos para esta atención.
- Si usted decide continuar recibiendo atención médica domiciliaria, o atención en un Centro de Enfermería Especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) **después** de esta fecha en la cual termina su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4:	Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si quiere hacer otra apelación.
----------------	--

- Esta primera apelación que usted hace es de “Nivel 1” en el proceso de apelaciones. Si los inspectores dicen *no* a su apelación de Nivel 1, y usted elige continuar recibiendo atención después de que termine su cobertura de atención, puede hacer otra apelación.
- Hacer otra apelación significa que usted continúa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 9.4	Paso-a-paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para conseguir que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	--

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted elige continuar recibiendo atención después de que ha terminado su cobertura de atención, entonces puede hacer una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise la decisión que ellos tomaron en su primera apelación. Si rechazamos su apelación de Nivel 2, puede que usted tenga que pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, de su atención en un Centro de Enfermería Especializada o de sus servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) después de la fecha que señalamos para terminar su cobertura.

A continuación están los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1:	Contacte de nuevo a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.
----------------	---

- Usted debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** posteriores al día en el cual la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dijo **no** a su apelación de Nivel 1. Solamente puede solicitar esta revisión si continúa recibiendo atención después de la fecha en que su cobertura de atención terminó.

Paso 2:	La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión sobre su situación.
----------------	--

- Los inspectores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad darán otra cuidadosa mirada a toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3:	Dentro de los 14 días, los inspectores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad decidirán sobre su apelación y le informarán de su decisión.
----------------	--

¿Qué sucede si la organización de revisión dice sí a su apelación?

- **Nuestro plan debe reembolsarle a usted** por nuestra participación de los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. **Nuestro plan debe continuar brindando cobertura** para la atención por el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su participación en los costos y pueden aplicar limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice no?

- Significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- La notificación que usted recibe le informará por escrito qué debe hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Ésta le proporcionará los detalles sobre cómo continuar al siguiente nivel de apelación, el cual será manejado por un juez.

Paso 4:	Si la respuesta es no, usted debe decidir si quiere continuar con su apelación.
----------------	--

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los inspectores rechazan su apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si continúa al Nivel 3 y hace otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez.
- La Sección 10 en este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5	¿Qué sucede si usted deja pasar la fecha límite para hacer su apelación de Nivel 1?
--------------------	--

Usted puede entonces presentar una apelación a nuestro plan.

Como se explicó anteriormente en la Sección 9.3, usted debe actuar rápidamente para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para empezar su primera apelación (máximo dentro del primer o segundo día). Si deja pasar la fecha límite para contactar a esta organización, existe otra manera de hacer su apelación. Si utiliza esta otra manera para hacer su apelación, **los primeros dos niveles de apelación son diferentes.**

Paso-a-paso: Cómo hacer una apelación alterna de Nivel 1.

Si deja pasar la fecha límite para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación a nuestro plan, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza las fechas límite rápidas en vez de las fechas límite estándar.

A continuación están los pasos para una apelación alterna de Nivel 1:

Términos Legales	Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina una “ apelación acelerada ”.
-------------------------	--

Paso 1:	Comuníquese con nuestro plan y solicite una “revisión rápida”.
----------------	---

- Para detalles de cómo contactar nuestro plan, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada, **Cómo contactarnos cuando usted hace una apelación o una reclamación sobre su atención médica.**
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está solicitando que le demos una respuesta utilizando las fechas límite “rápidas” en vez de las fechas límite “estándar”.

Paso 2:	Nuestro plan hace una revisión “rápida” sobre la decisión que tomamos sobre cuándo suspender la cobertura para sus servicios.
----------------	--

- Durante esta revisión, nuestro plan revisa de nuevo toda la información sobre su caso. Revisamos para ver si seguimos todas las reglas cuando fijamos la fecha para terminar la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.
- Utilizaremos las fechas límite “rápidas” en vez de las fechas límite estándar para proporcionarle la respuesta a esta revisión. (Generalmente, cuando usted hace una apelación a nuestro plan y

solicita una “revisión rápida”, nosotros podemos decidir si estamos de acuerdo con su solicitud y darle una “revisión rápida”. Sin embargo, en esta situación, las reglas nos exigen que le demos una respuesta rápida si usted la solicita).

Paso 3:	Nuestro plan le dará nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de una “revisión rápida” (“apelación rápida”).
----------------	---

- **Si nuestro plan dice sí a su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios por más tiempo, y seguiremos brindándole los servicios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. Significa también que estamos de acuerdo en reembolsarle nuestra participación en los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Usted debe pagar su participación en los costos y pueden aplicar limitaciones de cobertura).
- **Si nuestro plan dice no a su apelación rápida**, la cobertura terminará en la fecha que le dijimos que lo haría y nuestro plan no pagará después de esta fecha. Nuestro plan suspenderá el pago de su participación en los costos de esta atención.
- Si usted continuó recibiendo atención médica domiciliaria, o atención en un Centro de Enfermería Especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) **después** de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura, **entonces tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4:	Si nuestro plan dice no a su apelación rápida, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.
----------------	---

- Para asegurar que seguimos todas las reglas cuando dijimos no a su apelación rápida, **nuestro plan debe enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que usted **automáticamente** continúa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso-a-paso: Cómo hacer una apelación alterna de Nivel 2.

Si nuestro plan dice no a su apelación de Nivel 1, su caso será **automáticamente** enviado al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que nuestro plan tomó cuando dijimos no a su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos Legales	El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es la “ Entidad de Revisión Independiente ”. En algunas ocasiones es denominada la “ IRE ”.
-------------------------	---

Paso 1:	Nosotros automáticamente enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente.
----------------	---

- Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas a partir del momento en el cual le informamos que estábamos

diciendo no a su primera apelación. (Si usted considera que no estamos cumpliendo esta fecha límite u otras fechas límite, puede hacer una reclamación. El proceso de reclamación es diferente al proceso de apelación. La Sección 11 de este capítulo explica cómo hacer una reclamación).

Paso 2:	La Organización de Revisión Independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los inspectores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.
----------------	---

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los inspectores de la Organización de Revisión Independiente darán una cuidadosa mirada a toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización dice sí a su apelación,** nuestro plan debe reembolsarle (devolverle) nuestra participación en los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. También debemos continuar cubriendo la atención por el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su participación en los costos. Si hubiera limitaciones de cobertura, éstas podrían limitar el monto que podemos reembolsarle o por cuánto tiempo podríamos continuar cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización dice no a su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que nuestro plan tomó en su primera apelación y que no la cambiará.
 - La notificación que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Ésta le informará los detalles sobre cómo continuar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3:	Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.
----------------	--

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los inspectores dicen no a su apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si continúa al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez.
- La Sección 10 en este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de Servicio Médico

Esta sección es apropiada para usted si ha realizado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y sus dos apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple ciertos niveles mínimos, usted puede continuar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares está por debajo del nivel

mínimo, no podrá continuar apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta escrita que usted recibe para su apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. A continuación encuentra 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 denomina un “Juez en Derecho Administrativo”.
-----------------------------	---

- **Si el Juez en Derecho Administrativo dice sí a su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado** – Nosotros decidiremos si apelaremos esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión de Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), nosotros tenemos el derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le es favorable a usted.
 - Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizarle o brindarle a usted el servicio dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la decisión del juez.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con cualquier documento requerido. Antes de autorizar o brindar el servicio en disputa, podemos esperar a la decisión de la apelación de Nivel 4.
- **Si el Juez en Derecho Administrativo dice no a su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones ha terminado.
 - Si usted no desea aceptar esta decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez en derecho administrativo dice no a su apelación, la notificación que usted recibe le explicará qué hacer después si 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 sí, o si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3 favorable, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado** – Nosotros decidiremos si apelaremos esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión de Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), nosotros tenemos el derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que le es favorable a usted.
 - Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizarle o brindarle a usted el servicio dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la decisión del Consejo de Apelaciones de Medicare.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.

- **Si la respuesta es no, o si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones ha terminado.
 - Si usted no desea aceptar esta decisión, podría continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones de Medicare dice no a su apelación, la notificación que usted recibe le comunicará si las reglas le permiten continuar a una apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, la notificación escrita también le explicará a quién debe contactar y qué debe hacer después si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.
-----------------------------	--

- Éste es el último paso del proceso administrativo de apelaciones.

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D
--

Esta sección es apropiada para usted si ha realizado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y sus dos apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del medicamento que ha apelado cumple ciertos niveles mínimos, usted puede continuar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares está por debajo del nivel mínimo, no podrá continuar apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta escrita que usted recibe para su apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. A continuación encuentra 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 denomina un “Juez en Derecho Administrativo”.
-----------------------------	---

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones ha terminado.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. Nosotros debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que ha sido aprobada por el Juez en Derecho Administrativo **dentro de las 72 horas (24 horas para las apelaciones rápidas) o efectuar el pago dentro de los 30 días** posteriores al momento en que recibimos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones ha terminado.
 - Si usted no desea aceptar esta decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez en derecho administrativo dice no a su apelación, la notificación que usted recibe le explicará qué hacer después si 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 sí, el proceso de apelaciones ha terminado.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. Nosotros debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que ha sido aprobada por el Consejo de Apelaciones de Medicare **dentro de las 72 horas (24 horas para las apelaciones rápidas) o efectuar el pago dentro de los 30 días** posteriores al momento en que recibimos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones ha terminado.
 - Si usted no desea aceptar esta decisión, podría continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones de Medicare dice no a su apelación, la notificación que usted recibe le comunicará si las reglas le permiten continuar al Nivel 5 de apelación. Si las reglas le permiten continuar, la notificación escrita también le explicará a quién debe contactar y qué debe hacer después si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.
-----------------------------	--

- Éste es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 11 **Cómo hacer una reclamación sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Departamento de servicios para miembros u otras inquietudes.**



Si su problema es sobre decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pago, esta sección **no es para usted**. En cambio, debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 **¿Qué tipo de problemas se manejan a través del proceso de reclamaciones?**

Esta sección explica cómo utilizar el proceso para hacer reclamaciones. El proceso de reclamaciones se utiliza **solamente** para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad del Departamento de servicios para miembros, la atención y los tiempos de espera que usted recibe. A continuación están algunos ejemplos de los tipos de problemas manejados por el proceso de reclamaciones.

Si usted tiene alguno de los siguientes tipos de problemas, puede “hacer una reclamación”.

Calidad de su atención médica.

- ¿Está inconforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluyendo atención en el hospital)?

Respeto de su privacidad.

- ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que usted considera debería ser confidencial?

Irrespeto, Servicio al Cliente deficiente u otros comportamientos negativos.

- ¿Alguien ha sido descortés o irrespetuoso con usted?
- ¿Está inconforme de la manera como nuestro Servicio al Cliente lo ha tratado?
- ¿Siente que lo están invitando a dejar nuestro plan?

Tiempos de espera.

- ¿Está teniendo problemas para obtener una cita, o está esperando demasiado para obtenerla?
- ¿Ha estado esperando demasiado por médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por el Servicio al Cliente u otro personal de nuestro plan?
 - Los ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera, en la sala de exámenes o para obtener un medicamento recetado.

Limpieza.

- ¿Está inconforme con la limpieza o condición de una clínica, hospital o consultorio médico?

Información que obtiene de nosotros.

- ¿Cree que no le hemos dado una notificación cuando debíamos hacerlo?
- ¿Considera que la información escrita que le hemos brindado es muy difícil de entender?

La siguiente página tiene más ejemplos de posibles razones para hacer una reclamación.

Posibles reclamaciones
(continuación).

Estos tipos de reclamaciones están todos relacionados con la *puntualidad* de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y apelaciones.

El proceso de solicitud para una decisión de cobertura y para hacer apelaciones está explicado en las secciones 5 a 10 de este capítulo. Si usted está solicitando una decisión o haciendo una apelación, utilice ese proceso y no el proceso de reclamaciones.

Sin embargo, si usted ya solicitó una decisión de cobertura o hizo una apelación, y considera que nuestro plan no le está respondiendo lo suficientemente rápido, también puede hacer una reclamación sobre nuestra lentitud. A continuación están algunos ejemplos:

- Si usted ha solicitado que le demos una “respuesta rápida” para una decisión de cobertura o una apelación, y hemos dicho que no lo haremos, usted puede hacer una reclamación.
- Si usted cree que nuestro plan está incumpliendo las fechas límite para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que usted ha hecho, usted puede hacer una reclamación.
- Cuando una decisión de cobertura que hemos tomado es revisada y se le ha informado a nuestro plan que debe cubrir o reembolsarle a usted por ciertos servicios médicos o medicamentos, existen fechas límite que aplican. Si considera que estamos incumpliendo estas fechas límite, usted puede hacer una reclamación.
- Cuando no le damos una decisión a tiempo, debemos enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no hacemos esto dentro de la fecha límite exigida, usted puede hacer una reclamación.

Sección 11.2 El nombre formal para decir “hacer una reclamación” es “presentar una queja”

Términos Legales

- Lo que esta sección denomina “**reclamación**” también se denomina “**queja**”.
- Otro término para “**hacer una reclamación**” es “**presentar una queja**”.
- Otra manera de decir “**utilizando el proceso para reclamaciones**” es “**utilizando el proceso para presentar una queja**”.

Sección 11.3 Paso-a-paso: Hacer una reclamación

Paso 1: Contáctenos de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **En general, comunicarse con el Servicio al Cliente es el primer paso.** Si usted debe hacer algo más, el Servicio al Cliente se lo hará saber. 1-866-550-4736, 711, de Octubre 15 a Marzo 1: de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, los 7 días de la semana; de Marzo 2 a Octubre 14: de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, de lunes a viernes.

- **Si no desea comunicarse (o se comunicó y no está satisfecho), puede hacer su reclamación por escrito y enviárnosla.** Si hace su reclamación por escrito, responderemos a su reclamación por escrito.
- La reclamación debe ser presentada dentro de los 60 días del evento o incidente. La dirección para presentar reclamaciones está indicada en el Capítulo 2 bajo **Cómo contactarnos cuando usted hace una reclamación sobre su atención médica**, o para reclamaciones de la Parte D, **Cómo contactarnos cuando usted hace una reclamación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D**. Debemos dar respuesta a su queja tan rápido como su caso lo requiera basados en su estado de salud, pero máximo 30 días después de la recepción de su reclamación. Podemos extender el período de tiempo por máximo 14 días si usted solicita una extensión, o si nosotros justificamos una necesidad de información adicional y la demora es en beneficio suyo. Si denegamos su queja total o parcialmente, nuestra decisión escrita explicará por qué la denegamos, y le informará sobre las opciones que usted puede tener para resolución de disputas.
- **Si se comunica o escribe, debe contactarse con el Servicio al Cliente de inmediato.** La reclamación debe haber sido realizada dentro de los 60 días calendario posteriores a haber tenido el problema sobre el cual desea reclamar.
- **Si está haciendo una reclamación debido a que nosotros denegamos su solicitud de una “respuesta rápida” para una decisión de cobertura o apelación, le daremos automáticamente una reclamación “rápida”.** Si usted tiene una reclamación “rápida”, significa que debemos darle una respuesta dentro de las 24 horas.

Términos Legales	Lo que esta sección denomina una “ reclamación rápida ” se denomina también una “ queja acelerada ”.
-------------------------	--

Paso 2:	Revisamos su reclamación y le damos nuestra respuesta.
----------------	---

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una reclamación, podríamos darle una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.
- **La mayoría de las reclamaciones reciben una respuesta en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) en responder a su reclamación.
- **Si no estamos de acuerdo** con algo o con toda su reclamación o no tenemos responsabilidad por el problema sobre el cual está reclamando, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para dicha respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo o no con la reclamación.

Sección 11.4	También puede hacer reclamaciones sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad
---------------------	--

Puede hacer su reclamación a nuestro plan sobre la calidad de la atención que recibió utilizando el proceso paso-a-paso descrito anteriormente.

Cuando su reclamación es sobre **la calidad de la atención**, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede hacer su reclamación a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede hacer su reclamación sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (**sin** presentar la reclamación a nuestro plan).
 - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.
 - Para encontrar el nombre, dirección y teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto. Si hace una reclamación a esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su reclamación.
- **O puede hacer su reclamación a ambos al mismo tiempo.** Si desea, puede presentar su reclamación al plan sobre la calidad de la atención y también a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Usted puede obtener ayuda e información por parte de la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas [Texas Medicaid Health and Human Services Commission] (Medicaid).

Para más información y ayuda en el manejo de un problema, también puede contactar la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid).

Si usted tiene Medicare y Medicaid, ciertos servicios del plan pueden estar también cubiertos por su programa estatal de la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid). Por lo tanto, si usted considera que le hemos inapropiadamente negado un servicio o el pago por un servicio, usted puede también tener derecho a solicitar el pago de dicho servicio por parte de su programa estatal de la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid). Usted también puede tener apelaciones y quejas relacionadas con los servicios cubiertos por Medicaid. Consulte su manual de Medicaid para más información, o comuníquese con su agencia estatal de la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid), cuya información de contacto está indicada en el Capítulo 2, Sección 6, de este folleto.

CAPÍTULO 10: Terminar su membresía al plan

SECCIÓN 1 Introducción..... 2

 Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en la terminación de su membresía a nuestro plan 2

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede terminar usted su membresía a nuestro plan? 2

 Sección 2.1 Usted puede terminar su membresía en cualquier momento..... 2

 Sección 2.2 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía? 3

SECCIÓN 3 ¿Cómo terminar su membresía a nuestro plan?..... 3

 Sección 3.1 Usualmente, usted termina su membresía inscribiéndose a otro plan..... 3

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, usted debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 5

 Sección 4.1 Hasta que termine su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan 5

SECCIÓN 5 En ciertas situaciones, debemos terminar su membresía al plan..... 5

 Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía al plan?..... 5

 Sección 5.2 No podemos solicitarle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud. 6

 Sección 5.3 Usted tiene derecho a hacer una reclamación si nosotros terminamos su membresía a nuestro plan..... 6

SECCIÓN 1 Introducción

Si usted se encuentra en una institución, recibe Medicaid, o si califica para un Programa de Ahorros de Medicare como los programas Beneficiario de Medicare Calificado [Qualified Medicare Beneficiary], Beneficiario Especial de Medicare con Ingresos Bajos [Special Low Income Medicare Beneficiary], Individuo Trabajador con Discapacidad Calificada [Qualified Disabled Working Individual] o usted es un Individuo Calificado, usted puede darse de baja de su plan en cualquier momento y por cualquier razón.

Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en la terminación de su membresía a nuestro plan
--

La terminación de su membresía en el plan puede ser **voluntaria** (por su propia elección) o **involuntaria** (no por su propia elección):

- Usted podría dejar nuestro plan porque ha decidido que **desea** retirarse.
 - Usted puede terminar su membresía al plan en cualquier momento. La Sección 2 le indica los tipos de planes en los cuales se puede inscribir y cuándo comienza su inscripción de su nueva cobertura.
 - El proceso para terminar voluntariamente su membresía varía según el tipo de nueva cobertura que usted esté eligiendo. La Sección 3 le dice **cómo** terminar su membresía en cada situación.
- Existen también ciertas situaciones en las cuáles usted no elige abandonar nuestro plan, pero nos vemos obligados a terminar su membresía. La Sección 5 le dice en cuáles situaciones nos vemos obligados a terminar su membresía.

Si usted decide retirarse de nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan hasta que su membresía termine.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede terminar usted su membresía a nuestro plan?

Sección 2.1 Usted puede terminar su membresía en cualquier momento
--

Usted puede terminar su membresía a nuestro plan en cualquier momento

- **¿Cuándo puede usted terminar su membresía?** La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden terminar su membresía únicamente en ciertos momentos del año. Sin embargo, por recibir asistencia de Medicaid, **usted puede terminar su membresía a nuestro plan en cualquier momento.**
- **¿A qué tipo de plan se puede usted cambiar?** Si usted decide cambiarse a un nuevo plan, usted puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).

- Medicare Original **con** un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
 - Si usted se cambia a Medicare Original y no se inscribe a un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo a un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la opción de inscripción automática.
- – **o** – Medicare Original **sin** un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.

Comuníquese con su oficina estatal de la Comisión de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Medicaid Texas (Medicaid) [Texas Medicaid Health and Human Services Commission (Medicaid)] para conocer sus opciones de planes de Medicaid (los números de teléfono están en el Capítulo 2, Sección 6, de este folleto).

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía usualmente terminará el primer día del mes después de la recepción de su solicitud de cambio de plan. Su inscripción a su nuevo plan también empezará ese día.

Sección 2.2 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía?
--

Si tiene cualquier pregunta o quiere más información sobre cuándo puede terminar su membresía:

- Puede **comunicarse con el Servicio al Cliente** (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare y Usted 2012**.
 - Todas las personas con Medicare reciben una copia de **Medicare y Usted** cada otoño. Aquellas personas nuevas en Medicare lo reciben dentro de un mes después de haberse inscrito por primera vez.
 - Además, puede descargar una copia desde el sitio de Internet de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O, puede ordenar una copia impresa llamando al número de Medicare 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 terminar su membresía a nuestro plan?

Sección 3.1 Usualmente, usted termina su membresía inscribiéndose a otro plan

Normalmente, para terminar su membresía a nuestro plan, simplemente inscribese a otro plan de Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original pero no ha elegido un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que le demos de baja de nuestro plan. Existen dos maneras de solicitarnos que le demos de baja.

- Puede enviarnos una solicitud por escrito. (Comuníquese con el Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto).
- – **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.

El siguiente cuadro explica cómo debería terminar su membresía a nuestro plan.

<p>Si usted quiere cambiarse de nuestro plan a:</p>	<p>Esto es lo que debería hacer:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse al nuevo plan de salud de Medicare. <p>Su inscripción a nuestro plan será automáticamente suspendida cuando empiece la cobertura del nuevo plan.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original con un plan separado de medicamentos recetados de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse al nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. <p>Su inscripción a nuestro plan será automáticamente suspendida cuando empiece la cobertura del nuevo plan.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Si usted se cambia a Medicare Original y no se inscribe a un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo a un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la opción de inscripción automática. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para darse de baja. Comuníquese con el Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). • Usted 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 que su inscripción sea suspendida. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción a nuestro plan será suspendida cuando empiece la cobertura de Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, usted debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que termine su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan

Si se retira de nuestro plan, la terminación de su membresía y la entrada en vigencia de su nueva cobertura de Medicare pueden tomar algún tiempo. (Consulte la Sección 2 para información sobre cuándo empieza su nueva cobertura). Durante este tiempo, usted debe seguir recibiendo su atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Usted debe seguir utilizando las farmacias de nuestra red para obtener sus medicamentos recetados hasta que termine su membresía a nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos recetados están cubiertos sólo si se obtienen en una farmacia de la red incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- **Si usted está hospitalizado el día en que termina su membresía, usualmente nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que obtenga el alta hospitalaria** (incluso si obtiene el alta hospitalaria después de que empieza su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 En ciertas situaciones, debemos terminar su membresía al plan

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía al plan?

Si cualquiera de las siguientes situaciones se presenta, debemos terminar su membresía al plan:

- Si usted no permanece inscrito de forma continua en la Parte A y Parte B de Medicare.
- Si usted deja de ser elegible a Medicaid. Como está indicado en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles tanto a Medicare como a Medicaid. Debemos notificarle por escrito que tiene un período de gracia de 6 meses para volver a ser elegible antes de ser dado de baja. Para más información sobre el período de gracia y de cómo puede afectar sus costos bajo el plan, consulte el Capítulo 4.
- Si usted no cumple con sus pagos médicos obligatorios, si aplican.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje prolongado, necesita comunicarse con el Servicio al Cliente para saber si el lugar al cual se está mudando o al cual está viajando está incluido dentro del área de nuestro plan.
- Si usted es encarcelado (ingresa a una prisión).
- Si usted miente u oculta información sobre otros seguros que tenga que le brinden cobertura de medicamentos recetados.
- Si usted proporciona intencionalmente información incorrecta cuando se está inscribiendo a nuestro plan y esa información puede afectar su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta de manera inapropiada continuamente y dificulta nuestra capacidad de brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.
 - No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos autorización previa de Medicare.

- Si permite que alguien más utilice su tarjeta de membresía al plan para recibir atención médica.
 - Si terminamos su membresía por esta razón, Medicare puede remitir su caso al Inspector General para ser investigado.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos terminar su membresía:

- Puede comunicarse con el **Servicio al Cliente** para más información (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2	<u>No podemos solicitarle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud</u>
--------------------	---

¿Qué debe hacer si esto se presenta?

Si usted considera que se le está solicitando que se retire de nuestro plan por razones relacionadas con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede comunicarse las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Usted tiene derecho a hacer una reclamación si nosotros terminamos su membresía a nuestro plan
--------------------	---

Si terminamos su membresía a nuestro plan, debemos comunicarle por escrito nuestras razones de dicha terminación. Además, debemos explicarle cómo puede hacer una reclamación sobre nuestra decisión de terminar su membresía. También puede consultar el Capítulo 9, Sección 11, para información sobre cómo hacer una reclamación.

CAPÍTULO 11: Notificaciones legales

SECCIÓN 1	Notificación sobre la ley vigente	2
SECCIÓN 2	Notificación sobre la no discriminación.....	2
SECCIÓN 3	Responsabilidades del miembro	2
SECCIÓN 4	Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir con el requisito de ser razonables y necesarios	2
SECCIÓN 5	Responsabilidades de terceros y subrogación	3
SECCIÓN 6	No duplicación de beneficios con respecto a coberturas de seguro de automóvil, por accidentes o de responsabilidad civil.....	4
SECCIÓN 7	Acontecimientos fuera de nuestro control.....	4
SECCIÓN 8	Los proveedores médicos y hospitales de la red contratados son contratistas independientes	4
SECCIÓN 9	Nuestros acuerdos de contratación	4
SECCIÓN 10	Cómo compensamos a nuestros proveedores de la red	5
SECCIÓN 11	Evaluación de tecnologías	6
SECCIÓN 12	Declaraciones del miembro.....	6
SECCIÓN 13	Información disponible cuando la solicite.....	6
SECCIÓN 14	Protección interna de información dentro del UnitedHealth Group.....	7
SECCIÓN 15	Comunicación 2012 para inscritos sobre fraude y abuso	7

SECCIÓN 1 Notificación sobre la ley vigente

Numerosas leyes aplican a esta **Evidencia de Cobertura** y algunas disposiciones adicionales pueden aplicar puesto que así lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y las reglamentaciones creadas conforme a dicha ley por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, pueden aplicar las leyes del estado en el que usted vive.

SECCIÓN 2 Notificación sobre la no discriminación

Nosotros no discriminamos en función de la raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, grupo étnico, credo, edad o nacionalidad de origen. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con 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 Discapacitados, todas las demás leyes aplicables a las organizaciones que reciben fondos federales y todas las demás leyes y normas aplicables por cualquier otra razón.

SECCIÓN 3 Responsabilidades del miembro

En caso de que no reintegremos los cargos de los proveedores de la red por servicios cubiertos, usted no será responsable por ninguna suma que nosotros debamos. Ni el plan ni Medicare pagarán por esos servicios excepto para los siguientes gastos elegibles:

- Servicios de emergencia.
- Servicios de atención médica urgente.
- Traslados de rutina para diálisis fuera del área (debe ser proporcionada en un Centro de diálisis certificado por Medicare dentro de los Estados Unidos).
- Servicios posestabilización.

Si usted firma un contrato privado con un proveedor que no forme parte de la red, ni el plan ni Medicare pagarán por esos servicios.

SECCIÓN 4 Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir con el requisito de ser razonables y necesarios

Al determinar la cobertura, los servicios deben cumplir con el requisito de ser razonables y necesarios bajo Medicare para que puedan ser cubiertos por el plan, a menos que estén indicados de otra manera como servicios cubiertos. Un servicio es “razonable y necesario” si es:

- Seguro y eficaz.
- No experimental ni para fines de investigación; y
- Apropriado, incluyendo la duración y la frecuencia que se consideran apropiadas para el servicio, es decir si es:

1. Brindado de acuerdo a los estándares admitidos de las prácticas médicas para el diagnóstico o el tratamiento de la afección del paciente o para mejorar las funciones de un miembro del cuerpo con malformaciones;
2. Brindado en una instalación adecuada para las necesidades médicas y la afección del paciente;
3. Ordenado y brindado por personal calificado;
4. Adecuado para satisfacer las necesidades médicas del paciente sin excederlas; y
5. Por lo menos igual de benéfico que una alternativa existente, disponible y médicamente apropiada.

SECCIÓN 5 Responsabilidades de terceros y subrogación

Si usted sufre de lesiones o enfermedades provocadas por negligencia, acto intencional u omisión de un tercero con responsabilidad, usted debe informarnos rápidamente de dicha lesión o enfermedad. Le enviaremos una declaración con los montos que hemos pagado por servicios proporcionados en relación con dicha lesión o enfermedad. Si usted recupera una suma por parte de un tercero, deberá reembolsarnos sobre dicha suma recuperada de un tercero los pagos que hayamos hecho en su nombre, sujeto a las limitaciones indicadas en los párrafos a continuación.

1. **Nuestros pagos son menores al monto recuperado.** Si nuestros pagos son menores al monto total recuperado de un tercero (el “monto recuperado”), nuestro reembolso se calcula así:
 - a. **Primero:** Determine el porcentaje del monto recuperado que corresponde a los costos de obtención (la expresión “costos de obtención” se refiere a los gastos y honorarios de abogados incurridos para obtener un acuerdo o una sentencia).
 - b. **Segundo:** Aplique el porcentaje calculado anteriormente a nuestro pago. El resultado es nuestra parte de los costos de obtención.
 - c. **Tercero:** Reste nuestra parte de los costos de obtención de nuestros pagos. El monto restante es el monto de lo que debe sernos reembolsado.
2. **Nuestros pagos igualan o superan el monto recuperado.** Si nuestros pagos igualan o superan el monto recuperado, el monto que debe sernos reembolsado corresponde al total del monto recuperado menos el total de los costos de obtención.
3. **Incurrimos en costos de obtención debido a la oposición a nuestro reembolso.** Si nos vemos obligados a demandar a la parte que recibió el monto recuperado porque dicha parte se opone a nuestro reembolso, nuestro monto de reembolso será el menor de los siguientes:
 - a. nuestros pagos hechos en su nombre por los servicios, o
 - b. el monto recuperado, menos el total de los costos de obtención incurridos por la parte.

Sujeto a las limitaciones indicadas anteriormente, usted se compromete a otorgarnos una asignación, un derecho a reclamo y un derecho de embargo sobre todos los montos recuperados por medio de un acuerdo, de un juicio o de una sentencia. Podemos pedirle, y usted se compromete a hacerlo, que presente documentos y brinde la información que sea necesaria para establecer la asignación, el reclamo o el embargo, con el fin de asegurar nuestro derecho a reembolso.

SECCIÓN 6 No duplicación de beneficios con respecto a coberturas de seguro de automóvil, por accidentes o de responsabilidad civil

Si está recibiendo beneficios como resultado de otra cobertura de seguro de automóvil, por accidentes o de responsabilidad civil, no duplicaremos esos beneficios. Es su responsabilidad tomar las medidas necesarias para recibir el pago bajo una cobertura de seguro de automóvil, por accidentes o de responsabilidad civil cuando esos pagos puedan esperarse razonablemente, y notificarnos cuando esa cobertura esté disponible. En caso de que dupliquemos los beneficios a los que tiene derecho bajo otra cobertura de seguro de automóvil, por accidentes o de responsabilidad civil, podremos reclamarle a usted, a su aseguradora o a su proveedor de atención médica que nos reembolsen el valor razonable de dichos beneficios según lo permitan las leyes estatales y/o federales. Proporcionaremos beneficios por sobre su otra cobertura de seguro de automóvil, por accidentes o de responsabilidad civil, si el costo de sus servicios de atención médica supera dicha cobertura. **Usted tiene la obligación de cooperar con nosotros en la obtención del pago por parte de la aseguradora que le ofrece cobertura de seguro de automóvil, por accidentes o de responsabilidad civil. No hacerlo puede resultar en la finalización de su membresía al plan.**

SECCIÓN 7 Acontecimientos fuera de nuestro control

Si, debido a un desastre natural, guerra, disturbio, insurrección civil, destrucción total o parcial de un centro de atención, ordenanza, ley o decreto de cualquier agencia gubernamental o cuasigubernamental, disputa laboral (cuando dicha disputa exceda nuestro control) o cualquier otra emergencia o evento similar que no esté dentro de nuestro control, entonces los proveedores de la red podrían no estar disponibles para coordinar o proporcionar servicios de salud conforme a esta Evidencia de Cobertura y a esta divulgación de información; nosotros intentaremos proporcionar los servicios cubiertos en la medida en que sea posible y de acuerdo con nuestro mejor criterio. Ni nosotros ni ningún proveedor de la red tendrá responsabilidad u obligación alguna por la demora o imposibilidad de proporcionar o coordinar los servicios cubiertos, si dicha demora es el resultado de cualquiera de las circunstancias antes mencionadas.

SECCIÓN 8 Los proveedores médicos y hospitales de la red contratados son contratistas independientes

Las relaciones entre nosotros y nuestros proveedores y hospitales de la red son relaciones de contratistas independientes. Ninguno de los proveedores de la red, hospitales de la red, ni sus médicos o empleados son empleados o agentes de UnitedHealthcare. Un agente sería cualquier persona autorizada para actuar en nuestro nombre. Ni nosotros ni ningún empleado de UnitedHealthcare es empleado o agente de los proveedores u hospitales de la red.

SECCIÓN 9 Nuestros acuerdos de contratación

Para obtener servicios de calidad de manera eficiente, les pagamos a los proveedores mediante diferentes métodos de pago, que incluyen capitación, dieta [per diem], incentivos y acuerdos de pagos

por servicio con descuento. Capitación significa pagar un monto mensual en dólares previamente acordado por cada miembro que se le asigna al proveedor. Dieta significa pagar un monto fijo diario en dólares por todos los servicios prestados, como hospitalización para pacientes internos y estadias en centros de enfermería especializada. El incentivo es un pago que se basa en lo apropiada que sea la gestión médica del proveedor. Los pagos por servicio con descuento son un cargo programado y previamente acordado que representa una reducción de los cargos usuales habituales del proveedor.

Tiene derecho a preguntar si tenemos acuerdos financieros especiales con los proveedores de la red que puedan afectar el uso de las remisiones y otros servicios que usted pudiese necesitar. Para obtener esta información, llame al Servicio al Cliente y solicite información sobre los acuerdos de pago con los proveedores de la red.

SECCIÓN 10 Cómo compensamos a nuestros proveedores de la red

La siguiente es una breve descripción sobre cómo les pagamos a nuestros proveedores de la red:

Generalmente firmamos contratos con médicos particulares y grupos médicos, a menudo llamados Asociaciones de Médicos Independientes (IPA, por sus siglas en inglés) para proporcionar servicios médicos y con hospitales para proporcionar servicios a los miembros. Los grupos médicos contratados (IPAs) a su vez emplean o contratan médicos particulares.

A la mayoría de los médicos particulares se les paga según un acuerdo de pago por servicio. Además, proporcionamos a algunos médicos un pago mensual previamente acordado por la prestación de servicios a los miembros. El pago mensual puede ser un monto fijo en dólares por cada miembro o un porcentaje de la prima mensual del plan que recibimos. El pago mensual por lo general cubre los servicios profesionales directamente proporcionados por médicos particulares y también puede cubrir ciertos servicios de remisión.

La mayoría de los grupos médicos contratados (IPAs) reciben de nosotros un pago mensual previamente acordado para proporcionar servicios a los miembros. El pago mensual puede ser un monto fijo en dólares por cada miembro o un porcentaje de la prima mensual del plan que recibimos. El pago mensual por lo general cubre los servicios profesionales directamente proporcionados por el grupo médico contratado (IPA) y también puede cubrir ciertos servicios de remisión. Algunos de nuestros hospitales de la red reciben pagos mensuales similares a cambio de servicios hospitalarios para los miembros. A otros hospitales se les hacen pagos por servicio con descuento o un cargo fijo por día de hospitalización.

Cada año, nosotros y el grupo médico contratado (IPA) acordamos un presupuesto para el costo de los servicios cubiertos bajo el programa para todos los miembros del plan que reciben tratamiento del grupo médico contratado (IPA). Al final del año, el costo real de los servicios para ese año se compara con el presupuesto previamente acordado. Si el costo real de los servicios es menor que el presupuesto acordado, el grupo médico contratado (IPA) comparte los ahorros. El hospital de la red y el grupo médico contratado (IPA) generalmente participan en programas para servicios hospitalarios similares a los anteriormente descritos.

El seguro de limitación de pérdidas protege al grupo médico contratado (IPA) y a los hospitales de la red de grandes pérdidas financieras y ayuda a los proveedores con recursos para cubrir el tratamiento

necesario. Nosotros proporcionamos protección contra las pérdidas a los grupos médicos contratados (IPA) y a los hospitales de la red que reciben pagos por capitación. Si algún proveedor capitado no obtiene nuestra protección contra las pérdidas, debe obtener un seguro de limitación de pérdidas de un asegurador que nosotros admitamos. Puede obtener información adicional sobre los acuerdos de compensación comunicándose con el Servicio al Cliente o con su grupo médico contratado (IPA); sin embargo, las tasas de compensación y los términos específicos son confidenciales y no se compartirán.

SECCIÓN 11 Evaluación de tecnologías

Revisamos periódicamente nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos para determinar si son seguros y eficaces para los miembros. Los nuevos procedimientos y tecnologías que resultan ser seguros y eficaces son elegibles para convertirse en servicios cubiertos. Si la tecnología se convierte en un servicio cubierto, estará sujeta a todos los demás términos y condiciones del plan, incluyendo la necesidad médica y todo copago, coaseguro, deducible y cualquier otra contribución aplicable para el miembro.

Al determinar si cubriremos un servicio, utilizamos las pautas tecnológicas patentadas para revisar nuevos dispositivos, procedimientos o medicamentos, incluyendo los relacionados con salud conductual. Cuando la necesidad clínica requiere una determinación rápida de la seguridad y de la eficacia de una nueva tecnología, o de una nueva aplicación de una tecnología existente, para un miembro en particular, uno de nuestros directores médicos toma una determinación de necesidad médica basada en la documentación médica de dicho miembro en particular, en una revisión de los conocimientos científicos publicados y, según sea apropiado, en la opinión especializada o profesional pertinente de un individuo experto en dicha tecnología.

SECCIÓN 12 Declaraciones del miembro

De no existir fraude, todas las declaraciones que usted haga se considerarán representaciones calificadas y no garantías. Tales representaciones no anularán la cobertura ni disminuirán los servicios cubiertos bajo esta Evidencia de Cobertura; tampoco serán utilizadas como defensa en una acción legal, salvo que formen parte de una solicitud escrita.

SECCIÓN 13 Información disponible cuando la solicite

Como miembro del plan, usted tiene derecho a solicitar información sobre lo siguiente:

- Cobertura general e información comparativa del plan.
- Procedimientos de control de la utilización.
- Programas para el mejoramiento de la calidad.
- Información estadística sobre quejas y apelaciones.
- La situación financiera de UnitedHealthcare.

SECCIÓN 14 Protección interna de información dentro del UnitedHealth Group

UnitedHealth Group recopila y guarda información verbal, escrita y electrónica para administrar nuestro negocio y proporcionar productos, servicios e información de importancia a nuestros inscritos. Proporcionamos garantías de seguridades físicas, electrónicas y procesales en el manejo y almacenamiento de la información de nuestros inscritos para protegerla contra riesgos de pérdida, destrucción y mal uso. Realizamos auditorías con regularidad para garantizar un manejo y un procesamiento apropiados y seguros de la información de nuestros inscritos.

SECCIÓN 15 Comunicación 2012 para inscritos sobre fraude y abuso

Comunicación 2012 para inscritos sobre fraude y abuso.

Cómo puede combatir el fraude en la atención médica.

Nuestra compañía está comprometida a prevenir el fraude, pérdida y abuso en los programas de beneficios de Medicare y solicitamos su ayuda. Si usted identifica un caso potencial de fraude, repórtenoslo inmediatamente. A continuación algunos ejemplos de casos potenciales de fraude a Medicare:

- Un proveedor de atención médica –como un médico, farmacia, o compañía de artículos médicos– le cobra por servicios que nunca recibió.
- Un proveedor le cobra por un equipo diferente al que recibió.
- Alguien usa la tarjeta de Medicare de otra persona para recibir atención médica, medicamentos recetados, suministros o equipos.
- Alguien cobra por equipos médicos domiciliarios después de que estos han sido devueltos.
- Una compañía ofrece un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare que no ha sido aprobado por Medicare.
- Una compañía usa información falsa con el fin de engañarlo para que se afilie a un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare.

Para reportar un caso potencial de fraude en un programa de beneficios de Medicare, comuníquese con la línea directa dedicada al fraude de United HealthCare Insurance Company al 1-877-637-5595, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios TTY/TDD pueden llamar al 1-877-730-4203.

Esta línea directa le permite reportar casos confidencial y anónimamente. Haremos todos los esfuerzos para mantener su confidencialidad. Sin embargo, si la autoridad competente debe involucrarse, no podremos garantizar su confidencialidad. Tenga en cuenta que no tomaremos ninguna acción contra usted por reportar de buena fe un caso potencial de fraude.

Además puede reportar casos potenciales de fraude del programa de medicamentos recetados directamente con el programa Medicare al 1-877-7SafeRx (1-877-772-3379). Para casos potenciales de fraude médico o de medicamentos no recetados, puede reportarlos directamente con el programa Medicare al 1-800-Medicare (1-800-633-4227). El número de fax de Medicare es 1-717-975-4442 y el sitio de Internet es www.medicare.gov.

Para más información, solicite la guía titulada “Protegiendo a Medicare y a Usted del Fraude” llamando al 1-800-Medicare (1-800-633-4227). Los usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Un representante de Servicio al Cliente puede responder sus preguntas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

CAPÍTULO 12: Definiciones de términos importantes

Apelación – Una apelación es algo que usted realiza si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle una solicitud de cobertura de servicios para el cuidado de la salud o de medicamentos recetados, o de pago por servicios o medicamentos que usted ya recibió. También puede realizar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que usted está recibiendo. Por ejemplo, usted puede solicitar una apelación si nosotros no pagamos un medicamento, artículo o servicio que usted cree debería recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso para realizar una apelación.

Área de servicio – Un área geográfica en la cual un plan de salud admite miembros si la membresía a dicho plan está limitada por el lugar donde las personas viven. Para los planes que limitan los doctores y hospitales que usted puede utilizar, habitualmente se trata también del área donde usted recibe sus servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede darlo de baja si usted se muda fuera del área de servicio del plan.

Asociaciones de médicos independientes (IPA, por sus siglas en inglés) – Médicos individuales o grupos médicos contratados por el plan para brindar servicios médicos y con hospitales para brindar servicios a los miembros. A su vez, los grupos médicos contratados (IPA) emplean o contratan con médicos individuales (consulte el Capítulo 11, Sección 10).

Atención de emergencia – Servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para proveer servicios de emergencia; y 2) necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF) – La atención de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación brindados de forma continua y diaria en un Centro de Enfermería Especializada. La atención en un Centro de Enfermería Especializada incluye, por ejemplo, fisioterapia o inyecciones intravenosas que sólo pueden ser administradas por un(a) enfermero(a) registrado(a) o por un médico.

Atención médica domiciliaria – Atención de enfermería especializada y algunos otros servicios para el cuidado de la salud que le son suministrados en su hogar para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos aparecen en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección 2.1 bajo el título “Atención médica domiciliaria”. Si necesita servicios de atención médica domiciliaria, nuestro plan cubrirá estos servicios para usted siempre que se cumplan los requisitos de cobertura de Medicare. La atención médica domiciliaria puede incluir servicios de **ayuda médica domiciliaria** si los servicios forman parte del plan de atención médica domiciliaria para su enfermedad o lesión. Estos servicios no están cubiertos a menos que usted también obtenga un servicio especializado cubierto. Los servicios médicos domiciliarios no incluyen los servicios de ama de llaves, arreglos de servicio alimentario o atención de enfermería domiciliaria de tiempo completo.

Atención en un Centro de Cuidados Paliativos – Una forma especial de atención para personas con enfermedades terminales y asesoramiento para sus familias. La atención paliativa es atención física y asesoramiento que se proveen por medio de un equipo de personas que forman parte de una agencia pública o de una compañía privada aprobadas por Medicare. Dependiendo de la situación, esta atención se puede realizar en el hogar, en un centro de cuidados paliativos, en un hospital o un centro

de enfermería. La atención en un centro de cuidados paliativos implica ayudar a los pacientes en los últimos meses de vida ofreciéndoles bienestar y alivio del dolor. El enfoque se centra en la atención, no en la cura. Para obtener más información sobre la atención paliativa, visite www.medicare.gov y en el menú “Herramientas de búsqueda” [“Search Tools”] seleccione “Encontrar una publicación de Medicare” [“Find a Medicare Publication”] para ver o descargar la publicación “Beneficios de atención paliativa de Medicare” [“Medicare Hospice Benefits”]. O comuníquese al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios **TTY/TDD** deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Atención médica urgente – La atención médica urgente es una atención brindada para tratar una enfermedad, lesión o afección médica no de emergencia, que usted no esperaba ni preveía, que requiere atención médica inmediata, pero para la cual los proveedores de la red del plan se encuentran temporalmente no disponibles o inaccesibles.

Ayuda Adicional – Es un programa de Medicare que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, por ejemplo, primas, deducibles y coaseguro.

Ayuda médica domiciliaria – La ayuda médica domiciliaria provee servicios que no requieren la experiencia de una enfermera o de un terapeuta certificados, tales como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios recetados). La ayuda médica domiciliaria no tiene una licencia de enfermería ni provee terapia.

Centro de Cirugía Ambulatoria – Un Centro de Cirugía Ambulatoria es una entidad cuya actividad consiste exclusivamente en proveer servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro no va a superar las 24 horas.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) – Es un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y brinda una variedad de servicios incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios para patologías del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno domiciliario.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) – Es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Coaseguro - El monto que usted puede tener que pagar como participación en el costo de los servicios o medicamentos recetados. Generalmente, el coaseguro es un porcentaje (por ejemplo, el 20%). El coaseguro para servicios dentro de la red es establecido de acuerdo con las tasas negociadas contractualmente (cuando haya disponibilidad para el servicio cubierto específico al cual el coaseguro aplica) o con los costos permitidos de Medicare, dependiendo de nuestros arreglos contractuales para los servicios.

Cobertura Acreditada de Medicamentos Recetados – Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de

cobertura al momento en el cual se vuelven elegibles para Medicare, generalmente pueden mantener esta cobertura sin tener que pagar una penalidad, si deciden inscribirse a un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare) – Seguro que ayuda a los pacientes ambulatorios a pagar los medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos productos que no están cubiertos por la Parte A ni por la Parte B de Medicare.

Copago – Un monto que usted puede tener que pagar como su participación en el costo de un servicio o suministro médico, como una visita al doctor, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Un copago es habitualmente un monto fijo y no un porcentaje. Por ejemplo, usted puede pagar \$10 o \$20 por una visita al doctor o por un medicamento recetado.

Costos compartidos – Se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe medicamentos o servicios. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los tres tipos de pago enumerados a continuación: (1) cualquier monto deducible que pueda imponer un plan antes de que los medicamentos o servicios sean cubiertos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan requiera cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de “coaseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un medicamento o servicio, que un plan requiera cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Costo permitido de Medicare – El costo máximo para propósitos de reembolso de un servicio bajo Medicare Original.

Cuidado supervisado – El cuidado supervisado es una atención personal que puede ser brindada por personas que no tengan experiencia o formación profesional, por ejemplo ayuda para las actividades de la vida cotidiana como el baño, el vestir, la comida, el traslado hacia o desde la cama o la silla, los movimientos de un lugar a otro, y el uso del baño. También puede incluir el tipo de cuidados de salud que habitualmente las personas hacen ellas mismas, como la aplicación de gotas para los ojos. Medicare no paga por cuidado supervisado.

Dar por terminada o suspender su inscripción a un plan – Proceso de suspensión de su membresía en nuestro plan. La terminación puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (no su propia elección).

Desembolso personal – Consulte la definición de “costos compartidos” indicada anteriormente. El requerimiento de compartir los costos pagando una parte de los servicios o medicamentos recibidos por un miembro también se denomina requerimiento de “desembolso personal” del miembro.

Determinación de cobertura – Es una decisión sobre si un medicamento recetado está o no cubierto por el plan, y el monto, si lo hay, que usted está obligado a pagar por el medicamento recetado. En general, si usted lleva su receta a una farmacia y le dicen que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, esto no constituye una determinación de cobertura. Es necesario que usted se comunique o le escriba a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación de la organización – La organización Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando ésta, o uno de sus proveedores, toman una decisión

sobre si los servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Emergencia médica – Una emergencia médica se produce cuando usted, u otra persona prudente no especialista con un conocimiento promedio de la salud y de la medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida, la pérdida de un miembro o de su uso. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Equipo Médico Durable – Cierta equipo médico que su médico solicita para que los utilice en el hogar. Por ejemplo: caminadores, sillas de ruedas o camas de hospital.

Estudios de investigación clínica – Un estudio de investigación clínica es el modo en el que médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo, sobre qué tan bien funciona un medicamento para el cáncer. Ellos prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos, solicitando a voluntarios que ayuden con el estudio. Esta clase de estudios es una de las etapas finales del proceso de investigación que ayuda a médicos y científicos a ver si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

Etapas de Cobertura Catastrófica – Es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D donde usted no paga un copago o coaseguro por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas para actuar en su nombre hayan gastado \$4,700 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapas Iniciales de Cobertura – Esta es la etapa después de alcanzar su deducible y antes de que sus gastos totales en medicamentos alcancen los \$2,930, incluyendo montos que usted haya pagado y que nuestro plan haya pagado en su nombre.

Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) e información relativa a la divulgación – El presente documento que, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional, u otra cobertura opcional seleccionada, explica su cobertura, lo que nosotros debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción – Tipo de determinación de cobertura que, si es aprobada, le permite obtener un medicamento que no figura en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción de formulario) u obtener un medicamento no preferido en el nivel preferido de sus costos compartidos (una excepción de nivel). Además, puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan exige que usted pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción de formulario).

Farmacia de la red – Farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados sólo están cubiertos si se obtienen en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red – Farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como lo explica esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos de que apliquen ciertas condiciones.

Indicación medicamento admitida – Un uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o indicado en ciertos manuales de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 4, para más información sobre la indicación medicamento admitida.

Individuo doblemente elegible – Una persona que califica para cobertura de Medicare y de Medicaid.

Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) – Beneficio mensual que es pagado por la administración del Seguro Social a las personas que tienen ingresos y recursos limitados, que son discapacitadas, ciegas o de 65 años de edad o mayores. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Límite inicial de cobertura – Es el límite máximo de cobertura bajo la Etapa Inicial de Cobertura.

Límites de cantidad – Herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de ciertos medicamentos por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden ser para la cantidad que cubrimos por cada receta del medicamento o para un determinado período de tiempo.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o “Lista de Medicamentos”) – Una lista de medicamentos recetados cubiertos proporcionada por el plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye ambos medicamentos, los de marca y los genéricos.

Medicaid (o “Medical Assistance”) – Un programa conjunto federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos bajos y recursos limitados con sus costos médicos. Los programas Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6, para información acerca de cómo contactarse con Medicaid en su estado.

Medicamento necesario – Medicamentos, servicios o suministros que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares de las prácticas médicas admitidas.

Medicamento de marca – Un medicamento recetado que es manufacturado y vendido por la compañía farmacéutica que llevó a cabo las investigaciones y desarrolló originalmente dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen recetas a base del mismo componente activo que sus versiones genéricas. Sin embargo, los medicamentos genéricos son manufacturados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles antes de que la patente del medicamento de marca haya expirado.

Medicamento genérico – Medicamento recetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) por tener el(los) mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el medicamento de marca. En general, un medicamento “genérico” funciona de la misma manera que un medicamento de marca y usualmente cuesta menos.

Medicamentos cubiertos – Término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan.

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 su formulario para obtener una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron específicamente excluidas por el Congreso para ser cubiertas como medicamentos de la Parte D.

Medicare – El programa de seguro de salud federal para personas de 65 años de edad o más, para algunas personas menores de 65 con ciertas incapacidades y personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (generalmente aquellas personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Medicare Original, de un plan PACE o de un plan Medicare Advantage.

Medicare Original – (“Medicare tradicional” o “Pago por servicio” Medicare) – El plan Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no es un plan privado de salud como los planes Medicare Advantage y planes de medicamentos recetados. Los servicios de Medicare, bajo Medicare Original, están cubiertos pagando a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica, montos de pago establecidos por el Congreso. Puede ir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Medicare Original tiene dos partes: La Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes de los Estados Unidos.

Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés) – Su médico de atención primaria es el doctor u otro proveedor que usted visita en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Él o ella garantiza que usted obtenga la atención que necesita para mantenerse en buena salud. Él o ella puede hablar con otros médicos o proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo hacia ellos. En muchos de los planes de salud de Medicare, usted debe visitar a su médico de atención primaria antes de visitar a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1, para información sobre Médicos de Atención Primaria.

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”) – Una persona con Medicare que es elegible para recibir cobertura de servicios, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Monto máximo de desembolso personal – Es lo máximo que usted paga en desembolso personal durante el año calendario por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B y dentro de la red. Los montos que usted paga por sus primas del plan, por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y por medicamentos recetados, no cuentan en el cálculo de su monto máximo de desembolso personal. (Nota: Como nuestros miembros también reciben asistencia por parte de Medicaid, muy pocos alcanzan este monto máximo de desembolso personal). Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2 para información sobre su monto máximo de desembolso personal.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) – Un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención proporcionada a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4, para obtener información sobre cómo contactar la QIO en su estado.

Parte C – Consultar el “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D – Programa voluntario de Beneficios en Medicamentos Recetados de Medicare. (Para facilitar la referencia, haremos alusión al programa de beneficios en medicamentos recetados como Parte D).

Período de beneficio – Es la forma que tiene Medicare Original para medir el uso que usted hace de los servicios hospitalarios y de los de un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Un período de beneficio comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un Centro de Enfermería Especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención por parte de un hospital para pacientes internos (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa al hospital o a un Centro de Enfermería Especializada (SNF) después de la finalización de un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible de hospital para pacientes internos para cada período de beneficios. No hay límites en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener. Para atención en un hospital para pacientes internos, los períodos de beneficios hospitalarios definidos por Medicare no aplican. Para atención en un hospital para pacientes internos, la participación en los costos descrita en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 aplica a cada vez que usted es admitido en el hospital. Para cada estadía en un hospital para pacientes internos, usted está cubierto para un número ilimitado de días siempre que la estadía hospitalaria esté cubierta conforme a las reglas del plan.

Período inicial de inscripción – Cuando usted se hace elegible a Medicare por primera vez, es el período de tiempo durante el cual usted puede inscribirse a la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si usted es elegible a la Parte B al cumplir los 65 años, su Período inicial de inscripción es el lapso de 7 meses que transcurre desde 3 meses antes de cumplir los 65 años, hasta el tercer mes después de haberlos cumplido, incluyendo el mes de su cumpleaños.

Plan de necesidades especiales – Un tipo específico de plan Medicare Advantage que brinda una atención médica más enfocada para grupos específicos de la población, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, aquellos que residen en un centro de convalecencia para personas mayores, o aquellos que sufren ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare – Un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que contrata con Medicare para proveer beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben al plan. Esta expresión incluye todos los planes de Medicare Advantage, los Planes de costos de Medicare, los programas piloto o demostraciones, y los Programas de atención integral para personas mayores (PACE, por sus siglas en inglés).

Plan institucional para Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) – Un Plan para Necesidades Especiales al cual se inscriben individuos elegibles que residen de manera continua o van a residir de manera continua durante 90 días o más en un centro de cuidados prolongados [long-term care (LTC, por sus siglas en inglés)]. Estos centros LTC pueden incluir un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés), un centro de enfermería (NF, por sus siglas en inglés), (SNF/NF), un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad mental (ICF/MR, por sus siglas en inglés), y/o un centro psiquiátrico para pacientes internados. Un Plan institucional para Necesidades Especiales que atienda a residentes de centros LTC con Medicare debe tener un acuerdo contractual con (o poseer y administrar) uno o varios centros específicos LTC.

Plan institucional equivalente para Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) – Un Plan institucional para Necesidades Especiales al cual se inscriben individuos elegibles que residen en la comunidad pero requieren de un nivel institucional de atención en base a una evaluación estatal. La evaluación debe ser realizada utilizando el mismo instrumento de evaluación de nivel de atención respectivo de cada estado y ser brindada por una entidad distinta a la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan para Necesidades Especiales puede limitar la inscripción a los individuos que residan en un centro contratado de asistencia para la vida diaria [assisted living facility (ALF)] si es necesario para garantizar una prestación uniformizada de atención especializada.

Plan Medicare Advantage (MA) – A veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan que ofrece una compañía privada que contrata con Medicare para proveerle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan de una Organización de Mantenimiento de Salud (HMO, por sus siglas en inglés), de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), un Plan de Punto de Servicio (POS, por sus siglas en inglés), un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) o un plan de Cuenta de Ahorro Médico (MSA, por sus siglas en inglés) de Medicare. Cuando usted se ha inscrito a un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no son pagados bajo 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 llaman **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todas las personas que tienen la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para afiliarse a cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (a menos de que ciertas excepciones apliquen).

Plan PACE – Un plan PACE (Programa de atención integral para personas mayores) combina servicios médicos, sociales y de cuidados prolongados para personas frágiles, con el fin de ayudarles a mantenerse independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a un centro de convalecencia para personas mayores) durante el mayor tiempo posible, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas a los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y de Medicaid a través de dicho plan.

Póliza “Medigap” (seguro suplementario de Medicare) – Seguro suplementario de Medicare que venden las compañías de seguro privadas para cubrir “vacíos” (“gaps”) dentro de Medicare Original. Las pólizas Medigap sólo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima – Es el pago periódico que se le hace a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica a cambio de cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Programa de descuento durante el Vacío (Gap) de Cobertura de Medicare – Un programa que brinda descuentos sobre la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los inscritos de la Parte D que han alcanzado la Etapa Vacío (Gap) de Cobertura y que no reciben ya “Ayuda Adicional”. Los descuentos están basados en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por ello, la mayoría de los medicamentos de marca tiene descuento, pero no todos.

Proveedor de la red – El “proveedor” es el término general que utilizamos para los médicos y otros profesionales del sector de la salud, así como para hospitales y otros centros de atención médica que están acreditados o certificados por Medicare y por el estado para proveer servicios para el cuidado

de la salud. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestros pagos como pago completo y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos para los miembros de nuestro plan. Nuestro plan les paga a los proveedores de la red en base a los acuerdos que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan proveerle servicios que están cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se pueden denominar “proveedores del plan”.

Proveedores – Médicos y otros profesionales de la salud que el estado certifica para proveer atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red – Proveedor o centro con el cual no hay acuerdo para coordinar o proveer servicios cubiertos para los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados ni operados por nuestro plan, que no pertenecen a nuestro plan ni están bajo contrato para proporcionarle a usted servicios cubiertos. La utilización de proveedores o centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este folleto.

Queja – Tipo de reclamación que usted realiza sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluida una reclamación con respecto a la calidad de su atención. Este tipo de reclamación no incluye disputas de cobertura o pago.

Red – Los médicos y demás profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y demás centros de atención médica o proveedores que tienen un acuerdo con nosotros para brindar servicios cubiertos a nuestros miembros que aceptan nuestro pago y toda participación en los costos del plan como pago en su totalidad (consulte el Capítulo 1, Sección 3.2).

Remisión – Recomendación formal realizada por su PCP para que usted reciba atención por parte de un especialista o un proveedor de la red.

Servicio al Cliente – Un departamento dentro de nuestro plan que tiene la responsabilidad de contestar a sus preguntas relativas a su membresía, sus beneficios, sus quejas y sus apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para información acerca de cómo contactar al Servicio al Cliente.

Servicios cubiertos – Término general que utilizamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación – Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Subsidio para ingresos bajos – Consulte “Ayuda Adicional”.

Tarifa de preparación – Una tarifa que se cobra cada vez que un medicamento cubierto es preparado, para pagar el costo del suministro de un medicamento recetado. La tarifa de preparación cubre costos como el tiempo empleado por el farmacéutico para preparar y empaquetar el medicamento recetado.

Tratamiento escalonado – Herramienta de utilización que requiere que usted pruebe primero otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico prescribió inicialmente.

Servicio al Cliente

LLAME	1-866-550-4736 Las llamadas a este número son gratuitas. De Octubre 15 a Marzo 1: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los 7 días de la semana; de Marzo 2 a Octubre 14: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes. El Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY/TDD	711 Este número requiere equipo de telefonía especial y es sólo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. De Octubre 15 a Marzo 1: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los 7 días de la semana; de Marzo 2 a Octubre 14: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes.
ESCRIBA	Attn: Customer Service PO Box 690670 San Antonio, TX 78269-0670
SITIO DE INTERNET	www.PHCcares.com

Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud

Los Servicios del departamento para la tercera edad y las personas discapacitadas de Texas [Texas Department of Aging and Disability Services] es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar orientación local gratuita sobre el seguro médico a personas con Medicare.

LLAME	1-512-438-3011
TTY/TDD	711 Este número requiere equipo de telefonía especial y es sólo para personas con dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA	701 W. 51st St. Austin, TX 78751
SITIO DE INTERNET	www.dads.state.tx.us

De UnitedHealthcare® Soluciones de Medicare

No es obligatorio para usted utilizar la farmacia preferida de servicio por correo del plan para obtener un suministro de 90 días de sus medicamentos de mantenimiento, pero es posible que pague un desembolso personal más elevado que el que pagaría si utiliza la farmacia preferida de servicio por correo. Sus medicamentos recetados llegarán aproximadamente siete días después de la fecha en que la farmacia de servicio por correo recibe su pedido. La farmacia preferida de servicio por correo se pondrá en contacto con usted si hubiese un retraso en la entrega de sus medicamentos.

Prescription Solutions® by OptumRx™ es una afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company.