

**Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2022**

## **Evidencia de Cobertura:**

### **Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados como miembro de Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO)**

Este manual le brinda los detalles sobre su atención médica y cobertura de medicamentos recetados de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2022. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos recetados que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Clever Care Balance Medicare Advantage, es ofrecido por Clever Care Health Plan, Inc. (Clever Care). Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Clever Care Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Clever Care Balance Medicare Advantage.

Este documento está disponible de forma gratuita en chino, jemer, coreano, español y vietnamita.

Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al (833) 388-8168 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Los mensajes recibidos en días feriados o fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.

Esta información también está disponible en un formato diferente, que incluye letra grande, audio u otros formatos alternativos si lo necesita. Si necesita información del plan en otro formato, llame a Servicio al Cliente al número mencionado anteriormente.

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2023.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso si es necesario.

H7607\_22\_CM0625\_C Archivar y usar 10122021

## Evidencia de Cobertura de 2022

### Índice

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Si necesita más ayuda para encontrar la información que necesita, vaya a la primera página del capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

#### **Capítulo 1. Primeros pasos como miembro ..... 5**

Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo usar este manual. Informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener actualizado su registro de membresía.

#### **Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 24**

Le informa cómo comunicarse con nuestro plan (Clever Care Balance Medicare Advantage) y con otras organizaciones, incluido Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de Retiro Ferroviario.

#### **Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos ..... 45**

Explica cosas importantes que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de proveedores de la red del plan y cómo recibir atención cuando tiene una emergencia.

#### **Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)..... 64**

Brinda detalles sobre los tipos de atención médica que están cubiertos y los que *no* lo están para usted como miembro de nuestro plan. Explica cuál tendrá que pagar por su parte del costo de la atención médica cubierta.

#### **Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D ..... 125**

Explica las reglas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos de la Parte D. Indica cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)* del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Indica qué tipos de fármacos *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica

también dónde surtir sus recetas. Informa sobre los programas del plan para la seguridad de los medicamentos y la administración de estos.

**Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D ..... 153**

Informa sobre las tres etapas de la cobertura de medicamentos (Etapas de cobertura inicial, Etapa del período sin cobertura, Etapa de cobertura catastrófica) y cómo estas etapas influyen en lo que usted paga por sus medicamentos. Explica los seis niveles de costos compartidos para sus medicamentos de la Parte D y le indica lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

**Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos..... 174**

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desee solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades ..... 182**

Explica los derechos y responsabilidades que tiene como miembro de nuestro plan. Explica también lo que puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) ..... 203**

Le informa paso a paso qué debe hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica también cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos recetados que cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a las reglas o restricciones adicionales en su cobertura de medicamentos recetados y solicitarnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.
- Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.

**Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan ..... 265**

Explica cuándo y cómo puede cancelar su membresía en el plan. Además, explica las situaciones en las que nuestro plan debe cancelar su membresía.

**Capítulo 11. Avisos legales..... 275**

Incluye avisos sobre las leyes vigentes y la no discriminación.

**Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes ..... 280**

Explica los términos clave utilizados en este manual.

# CAPÍTULO 1

*Primeros pasos como miembro*

## **Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>7</b>
Sección 1.1	Usted está inscrito en Clever Care Balance Medicare Advantage, que es una HMO de Medicare.....	7
Sección 1.2	¿De qué se trata el manual <i>Evidencia de Cobertura</i> ? .....	7
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de Cobertura</i> .....	7
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>¿Qué requisitos lo hacen elegible para ser miembro del plan? .....</b>	<b>8</b>
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad.....	8
Sección 2.2	¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare? .....	8
Sección 2.3	Esta es el área de servicio del plan para Clever Care Balance Medicare Advantage.....	9
Sección 2.4	Ciudadanía estadounidense o presencia legal .....	9
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué otra documentación le enviaremos? .....</b>	<b>9</b>
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan: Utilícela para obtener toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos .....	9
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores</i> : Su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan.....	10
Sección 3.3	El <i>Directorio de farmacias</i> : Su guía para conocer las farmacias de nuestra red.....	11
Sección 3.4	La Lista de medicamentos cubiertos ( <i>Vademécum</i> ) del plan .....	11
Sección 3.5	La <i>Explicación de beneficios</i> de la <i>Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D .....	12
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Su prima mensual para Clever Care Balance Medicare Advantage .....</b>	<b>12</b>
Sección 4.1	¿Cuál es el monto de la prima de su plan? .....	12
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Tiene usted que pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?.....</b>	<b>14</b>
Sección 5.1	¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D? .....	14
Sección 5.2	¿Cuál es el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D?.....	14
Sección 5.3	En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa.....	15
Sección 5.4	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D? .....	16

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

<b>SECCIÓN 6</b>	<b>¿Debe pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos? .....</b>	<b>16</b>
Sección 6.1	¿Quién paga un monto adicional de la Parte D debido a los ingresos?.....	16
Sección 6.2	¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D? .....	17
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D? .....	17
Sección 6.4	¿Qué sucede si no paga el monto adicional de la Parte D? .....	17
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Más información sobre su prima mensual.....</b>	<b>17</b>
Sección 7.1	Hay muchas maneras en las que puede pagar la prima del plan .....	18
Sección 7.2	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año? .....	19
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Mantenga actualizado su registro de membresía del plan .....</b>	<b>20</b>
Sección 8.1	Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted.....	20
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Protegemos la privacidad de su información médica personal .....</b>	<b>21</b>
Sección 9.1	Nos aseguramos de que su información médica esté protegida .....	21
<b>SECCIÓN 10</b>	<b>Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....</b>	<b>21</b>
Sección 10.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro? .....	21

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

---

**SECCIÓN 1      Introducción**

---

**Sección 1.1      Usted está inscrito en Clever Care Balance Medicare Advantage, que es una HMO de Medicare.**

Está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, Clever Care Balance Medicare Advantage.

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Clever Care Balance Medicare Advantage es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

**La cobertura en virtud de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en: [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

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

El manual *Evidencia de Cobertura* le informa cómo obtener la atención médica y los medicamentos recetados de Medicare cubiertos en virtud de nuestro plan. Este manual explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que paga como miembro del plan.

La palabra “cobertura” y “servicios cubiertos” se refiere a la atención y los servicios médicos y los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de Clever Care Balance Medicare Advantage.

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que dedique algo de tiempo para revisar esta *Evidencia de Cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

**Sección 1.3      Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*****Es parte de nuestro contrato con usted**

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted y trata sobre cómo Clever Care Balance Medicare Advantage cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)* y cualquier aviso

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en Clever Care Balance Medicare Advantage entre el 1.º de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Clever Care Balance Medicare Advantage después del 31 de diciembre de 2022. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2022.

**Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años**

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar Clever Care Balance Medicare Advantage cada año. Puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

---

**SECCIÓN 2      ¿Qué requisitos lo hacen elegible para ser miembro del plan?**

---

<b>Sección 2.1      Sus requisitos de elegibilidad</b>
--

*Es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que cumpla con estos requisitos:*

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 le informa sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- –Y– viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio).
- –Y– sea ciudadano estadounidense o se encuentra legalmente en los Estados Unidos.

<b>Sección 2.2      ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?</b>
--

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde lo siguiente:

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir los servicios brindados por hospitales (para servicios para pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios médicos, terapia de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como equipos médicos duraderos Durable Medical Equipment, DME y suministros).

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

**Sección 2.3      Esta es el área de servicio del plan para Clever Care Balance Medicare Advantage**

Aunque Medicare es un programa federal, Clever Care Balance Medicare Advantage está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en California: Los Angeles, Orange y San Diego.

Si planifica mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

**Sección 2.4      Ciudadanía estadounidense o presencia legal**

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Clever Care Balance Medicare Advantage si no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo. Clever Care Balance Medicare Advantage debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

---

**SECCIÓN 3      ¿Qué otra documentación le enviaremos?**

---

**Sección 3.1      Su tarjeta de membresía del plan: Utilícela para obtener toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos**

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía siempre que obtenga cualquier servicio cubierto en virtud de este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Esta es una tarjeta de membresía de muestra para mostrarle cómo se verá la suya:

 <b>Clever Care Balance MEDICARE ADVANTAGE (HMO)</b> EFFECTIVE DATE: 01/01/2021	<b>COPAYMENTS</b> PCP VISIT: \$ SPECIALIST VISIT: \$ URGENT CARE: \$ ER: \$	<b>IN AN EMERGENCY CALL 911 OR GO TO THE NEAREST ER</b>
MEMBER NAME <b>John Doe</b> MEMBER ID <b>000-000-0000</b> Health Plan (00000)	<b>MedicareRx</b> Prescription Drug Coverage RxBIN: 015574 RxPCN: ASPROD1 RxGRP: CLC01 H7607-000-000	<b>CUSTOMER SERVICE</b> <b>(833) 388-8168 (TTY: 711)</b> clevercarehealthplan.com <b>PHARMACY HELP DESK &amp; CLAIMS</b> (800) 926-3004 MedImpact Healthcare Systems, Inc. P.O. Box 509108 San Diego, CA 92150-9108 <b>HOSPITAL ADMIT AUTH &amp; TRANSFER</b> (833) 253-8373
PCP NAME <b>Dr. Carol Clever</b> (555) 555-5555 MEDICAL GROUP/NETWORK <b>Acme Physician Associates</b>	<b>PROFESSIONAL CLAIMS</b> Send to Medical Group/Network <b>PROVIDER SUPPORT</b> <b>Prior Authorization &amp; Claims:</b> (714) 650-8770 Clever Care 660 W Huntington Dr, Suite 200 Arcadia, CA 91007 <b>Dental:</b> Liberty Dental (888) 704-9830 <b>Hearing:</b> Nations Hearing (866) 304-7577 <b>Vision:</b> Eye Med (866) 483-4733	Printed: 01/01/2021

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Clever Care Balance Medicare Advantage, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio, o si participa en estudios de investigación de rutina.

**Aquí le explicamos por qué esto es tan importante:** Si recibe servicios cubiertos con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Clever Care Balance Medicare Advantage mientras es miembro del plan, es posible que deba pagar el costo total de los servicios.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicio al Cliente de inmediato y le enviaremos una nueva. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este manual).

### Sección 3.2 El Directorio de proveedores: Su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan

El Directorio de proveedores enumera a los proveedores de nuestra red.

#### ¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, 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 total. Hemos acordado con estos proveedores para que brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en [es.es.clevercarehealthplan.com](http://es.es.clevercarehealthplan.com).

#### ¿Por qué debe saber qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, con limitadas excepciones, mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando está fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Clever Care Balance Medicare Advantage autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura de emergencia, la cobertura fuera de la red y la cobertura fuera del área.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Puede solicitar a Servicio al Cliente más información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas sus calificaciones. También puede ver el *Directorio de proveedores* en [es.es.clevercarehealthplan.com/provider](http://es.es.clevercarehealthplan.com/provider) o descargarlo de este sitio web. Tanto Servicio al Cliente como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de nuestra red.

<b>Sección 3.3</b>	<b>El Directorio de farmacias: Su guía para conocer las farmacias de nuestra red</b>
--------------------	--

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

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado surtir recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan.

**¿Por qué necesita conocer las farmacias de la red?**

Puede usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay un Directorio de farmacias actualizado disponible en nuestro sitio web en [es.es.clevercarehealthplan.com/pharmacy](http://es.es.clevercarehealthplan.com/pharmacy). También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de farmacias*. **Revise el Directorio de farmacias de 2022 para conocer qué farmacias están en nuestra red.**

Si no tiene su copia del *Directorio de farmacias*, puede solicitar una a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Puede llamar a Servicio al Cliente en cualquier momento para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en [es.es.clevercarehealthplan.com/pharmacy](http://es.es.clevercarehealthplan.com/pharmacy).

<b>Sección 3.4</b>	<b>La Lista de medicamentos cubiertos (<i>Vademécum</i>) del plan</b>
--------------------	---

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)*. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Clever Care Balance Medicare Advantage. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Clever Care Balance Medicare Advantage.

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

La Lista de medicamentos también le informa si existe alguna regla que restrinja la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan ([es.es.clevercarehealthplan.com/formulary](http://es.es.clevercarehealthplan.com/formulary)) o llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

<b>Sección 3.5</b>	<b>La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D</b>
--------------------	---

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender y realizar un seguimiento de los pagos de sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se llama *Explicación de Beneficios* (Explanation of Benefits, EOB) de la *Parte D* (o la “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted, otras personas en su nombre y nosotros hemos gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y el monto total pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante cada mes en que se utiliza el beneficio de la Parte D. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con su médico sobre estas opciones de menor costo. En el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*), se brinda más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y cómo puede ayudarlo a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* también está disponible a pedido. Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

---

**SECCIÓN 4 Su prima mensual para Clever Care Balance Medicare Advantage**

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>¿Cuál es el monto de la prima de su plan?</b>
--------------------	--

Como miembro de nuestro plan, paga una prima mensual del plan. Para el año 2022, la prima mensual para Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO) es \$33.20. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B por usted).

### **En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menor**

Hay programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. El programa de “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. En el Capítulo 2, Sección 7, encontrará más información sobre este programa. Si reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir su prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda a través de alguno de estos programas, **la información sobre las primas de esta Evidencia de Cobertura podría no aplicarse a usted**. Le enviamos un inserto separado que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicio al Cliente y solicite la “Cláusula adicional de LIS”. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este manual).

### **En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor**

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor que la cantidad indicada anteriormente en la Sección 4.1. Estas situaciones se describen a continuación.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando se volvieron elegibles por primera vez o porque tuvieron un período continuo de 63 días o más cuando en el que no contaron con una cobertura de medicamentos recetados “acreditable”. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Para estos afiliados, la multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. El monto de la prima será la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
  - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. En la Sección 5 del Capítulo 1 se explica la multa por inscripción tardía de la Parte D.
  - Si tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, podría suceder que se cancele su inscripción en el plan.
- Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D porque, hace 2 años, tenían un ingreso bruto ajustado modificado, por encima de cierta cantidad, en su declaración de impuestos del IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA deberán pagar el monto de la prima estándar y este cargo adicional, que se agregará a su prima. En la Sección 6 del Capítulo 1 se explica el IRMAA más detalladamente.

---

## SECCIÓN 5 ¿Tiene usted que pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?</b>
--------------------	---

**Nota:** Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es una cantidad que se agrega a su prima de la Parte D. Es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, transita un período de 63 días seguidos o más en el que no tuvo la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. (Una “cobertura de medicamentos recetados acreditable” es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que debe pagar, al menos, lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Deberá pagar esa multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscriba por primera vez en Clever Care Balance Medicare Advantage, le informaremos el monto de la multa. La multa por inscripción tardía de la Parte D se considera la prima de su plan.

<b>Sección 5.2</b>	<b>¿Cuál es el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D?</b>
--------------------	--

Medicare determina el monto de la multa. Así es como funciona:

- Primero, se cuenta la cantidad de meses completos que demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para hacerlo. O bien, se cuenta la cantidad de meses completos en los que no tuvo una cobertura de medicamentos recetados acreditable, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare a nivel nacional del año anterior. Para 2022, este monto de prima promedio es de \$33.37.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondee a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% por \$33.37, lo que equivale a \$4.67. Esto se redondea a \$4.70. Esta cantidad se sumaría a **la prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres cosas importantes a tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

- En primer lugar, **la multa puede cambiar cada año porque** la prima mensual promedio también puede hacerlo. Si la prima nacional promedio (según lo determinado por Medicare) aumenta, su multa aumentará.
- En segundo lugar, **seguirá pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

<b>Sección 5.3</b>	<b>En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa</b>
--------------------	--

Aunque haya retrasado su inscripción en un plan que ofrezca cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, algunas veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

**No tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en alguna de estas situaciones:**

- Si usted ya tiene una cobertura para medicamentos con receta que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Medicare llama a esto “**cobertura de medicamentos acreditable**”. Tenga en cuenta lo siguiente:
  - La cobertura acreditable podría incluir la cobertura de medicamentos de un antiguo empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar en una carta o se puede incluir en un boletín del plan. Conserve esta información, porque es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
    - **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si recibe un “certificado de cobertura acreditable” cuando finaliza su cobertura de salud, es posible que no signifique que su cobertura de medicamentos recetados era acreditable. El aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados “acreditable” que pagaría el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare.
  - Los siguientes son coberturas de medicamentos recetados *no* acreditables: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

- Para obtener información adicional sobre la cobertura acreditable, consulte su manual *Medicare y usted* de 2022 o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero estuvo sin ella durante menos de 63 días seguidos.
- Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare.

<b>Sección 5.4</b>	<b>¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D?</b>
--------------------	--

Si usted no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión tomada al respecto. Generalmente, debe solicitar esta revisión **en el plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba en la que se le indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

---

<b>SECCIÓN 6</b>	<b>¿Debe pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?</b>
------------------	--

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>¿Quién paga un monto adicional de la Parte D debido a los ingresos?</b>
--------------------	--

Si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le informará cuánto será ese monto adicional y cómo pagarlo. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Jubilación Ferroviaria o la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague habitualmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional que adeuda. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan.**

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

**Sección 6.2      ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D?**

Si su ingreso bruto ajustado modificado (Modified Adjusted Gross Income, MAGI), como se informó en su declaración de impuestos del IRS, es superior a una cierta cantidad, pagará un monto adicional además de la prima mensual de su plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente deba pagar según sus ingresos, visite [www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html](http://www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html).

**Sección 6.3      ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?**

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional debido a sus ingresos, puede solicitar al Seguro Social que revise su decisión. Para obtener más información sobre cómo hacer esto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).

**Sección 6.4      ¿Qué sucede si no paga el monto adicional de la Parte D?**

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) para su cobertura de la Parte D de Medicare. Si la ley le exige que pague el monto adicional y no lo paga, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

---

**SECCIÓN 7      Más información sobre su prima mensual**

---

**A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare**

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, debe tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para obtener la Parte A sin pagar la prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan pagan una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima.

- Si se le exige que pague el monto adicional y no lo paga, se **cancelará** su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.
- Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta en la que le informará cuánto será ese monto adicional.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D según los ingresos, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este manual. También puede visitar [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) en

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

la web o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia del manual *Medicare y usted de 2022* brinda información sobre las primas de Medicare en la sección denominada “Costos de Medicare para 2022”. Esto explica en qué se diferencian las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare para personas con ingresos diferentes. Todas las personas con Medicare reciben una copia del manual *Medicare y usted de 2022* cada año en el otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez. También puede descargar una copia del manual *Medicare y usted de 2022* del sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono 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.

<b>Sección 7.1</b>	<b>Hay muchas maneras en las que puede pagar la prima del plan</b>
--------------------	--

Hay 3 maneras en las que puede pagar la prima del plan.

- Cheque
- Pagos automáticos (originados en su cuenta bancaria)
- Deducción de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA)

Si decide cambiar la forma de pagar la prima, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que prima del plan se pague a tiempo.

**Opción 1: Puede pagar con cheque**

Si elige pagar directamente a nuestro plan, recibirá una factura mensual de nuestra parte aproximadamente el quinto día de cada mes. Los pagos deben recibirse antes del último día calendario del mes cubierto. También puede pagar su prima con un giro postal o cheque de caja. Adjunte el comprobante de pago que se le proporcionó junto con su factura mensual y escriba su número de identificación de Clever Care en su cheque.

Los cheques deben ser pagaderos a ***Clever Care Health Plan*** y enviados por correo a:

Clever Care Health Plan  
Atención: Finance Department  
660 W Huntington Drive  
Suite 200  
Arcadia, CA 91007

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

Si su cheque es un cheque con fondos insuficientes (Non-Sufficient Funds, NSF), usted será responsable de los cargos relacionados.

**Opción 2: Puede pagar mediante transferencia de la Cámara de Compensación Automática (Automated Clearing House, ACH) que se originen en su cuenta bancaria**

Puede optar por enviarnos transferencias ACH desde su cuenta bancaria (corriente o de ahorros). Comuníquese con su banco para configurar transferencias ACH a Clever Care. Puede encontrar el número de cuenta bancaria y el número de ruta de Clever Care en su factura mensual.

**Opción 3: Usted puede solicitar que retiren la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social**

Usted puede solicitar que retiren la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan de esta forma. Estaremos encantados de ayudarlo a configurar esto. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este manual).

**Qué debe hacer si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D**

La prima del plan debe pagarse en nuestra oficina antes de fin de mes cubierto. Si no hemos recibido el pago de la prima el último día del mes, le enviaremos un aviso donde se le informará que su multa por inscripción tardía de la Parte D está vencida.

<b>Sección 7.2</b>	<b>¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?</b>
--------------------	---

**No.** No tenemos permitido cambiar la cantidad que le cobramos por la prima del plan mensual de su plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, le informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1.º de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que debe pagar puede cambiarse durante el año. Esto podría suceder si se vuelve elegible o si pierde la elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para dicho programa durante el año. Si un miembro reúne los requisitos para la “Ayuda adicional” con los costos de los medicamentos, el programa de “Ayuda adicional” pagará la parte de la prima mensual del plan del miembro. El miembro que pierde su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar la prima mensual total. Puede obtener más información sobre el programa de “Ayuda adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

---

## **SECCIÓN 8      Mantenga actualizado su registro de membresía del plan**

---

<b>Sección 8.1      Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted</b>
--

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su médico de atención primaria y grupo médico/Asociación de Médicos Independientes (Independent Physician Association, IPA)

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costos compartidos para usted.** Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

### **Infórmenos sobre estos cambios:**

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, el empleador de su cónyuge, indemnización de los trabajadores o Medicaid)
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico
- Si ha sido admitido en un hogar de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si su parte responsable designada (como un cuidador) cambia
- Si participa en un estudio de investigación clínica

Si alguno de estos datos cambia, infórmenos llamando a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

### **Lea la información que le enviamos sobre cualquier otra cobertura que tenga**

Medicare requiere que recopilemos su información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios de nuestro plan. (Para obtener más información sobre

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

---

**SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información médica personal**

---

**Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida**

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros y su información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo exigen estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información médica personal, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 8 de este manual.

---

**SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan**

---

**Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?**

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden si será nuestro plan o su otro seguro el que paga primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado “pagador secundario”, solo paga si quedan costos sin cubrir por la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos que no están cubiertos.

Estas reglas se aplican a la cobertura del plan de salud grupal del empleador o del sindicato:

- Si tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare en función de la edad, la discapacidad o la enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
  - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 100 empleados.

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

- Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge todavía están trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a su ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura generalmente pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro contra terceros (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios por enfermedad de pulmón negro
- Indemnización de los trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare, los planes de salud grupales del empleador o Medigap hayan pagado.

Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Es posible que deba dar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

# CAPÍTULO 2

*Números de teléfono  
y recursos importantes*

## **Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Contactos de Clever Care Balance Medicare Advantage</b> (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicio al Cliente en el plan) .....	<b>25</b>
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Medicare</b> (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) .....	<b>32</b>
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos</b> (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) .....	<b>34</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Organización para el Mejoramiento de la Calidad</b> (pagado por Medicare para verificar la calidad de la atención para las personas con Medicare) .....	<b>36</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Seguro Social</b> .....	<b>37</b>
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Medicaid (Medi-Cal)</b> (un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados) .....	<b>38</b>
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Información sobre programas destinados a ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados</b> .....	<b>39</b>
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria</b> .....	<b>42</b>
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?</b> .....	<b>43</b>

---

## **SECCIÓN 1      Contactos de Clever Care Balance Medicare Advantage**

(cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicio al Cliente en el plan)

---

### **Cómo comunicarse con Servicio al Cliente de nuestro plan**

Para obtener ayuda con reclamaciones, facturación o preguntas sobre tarjetas de miembro, llame o escriba a Servicio al Cliente de Clever Care Balance Medicare Advantage. Estaremos encantados de ayudarlo.

<b>Método</b>	<b>Servicio al Cliente: Información de contacto</b>
<b>LLAME</b>	<p>(833) 388-8168</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Los mensajes recibidos en días feriados o fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.</p> <p>El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Los mensajes recibidos en días feriados o fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.</p>
<b>FAX</b>	<p>(657) 276-4720</p>
<b>ESCRIBA A</b>	<p>Clever Care Health Plan 660 W Huntington Drive Suite 200 Arcadia, CA 91007</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://es.es.clevercarehealthplan.com">es.es.clevercarehealthplan.com</a></p>

## **Cómo puede comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica**

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

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

<b>Método</b>	<b>Decisiones de cobertura para la atención médica: Información de contacto</b>
<b>LLAME</b>	<p>(833) 388-8168</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Los mensajes recibidos en días feriados o fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.</p> <p>El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Los mensajes recibidos en días feriados o fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.</p>
<b>FAX</b>	<p>(657) 276-4719</p>
<b>ESCRIBA A</b>	<p>Clever Care Health Plan Quejas y apelaciones 660 W Huntington Drive Suite 200 Arcadia, CA 91007</p>

<b>Método</b>	<b>Decisiones de cobertura para la atención médica: Información de contacto</b>
<b>SITIO WEB</b>	es.es.clevercarehealthplan.com

### **Cómo puede comunicarse con nosotros cuando presenta 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 obtener más información acerca de cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja de decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*).

<b>Método</b>	<b>Apelaciones de atención médica: Información de contacto</b>
<b>LLAME</b>	<p>(833) 388-8168</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Los mensajes recibidos en días feriados o fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.</p> <p>El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Los mensajes recibidos en días feriados o fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.</p>
<b>FAX</b>	(657) 276-4715
<b>ESCRIBA A</b>	Clever Care Health Plan Quejas y apelaciones 660 W Huntington Drive Suite 200 Arcadia, CA 91007

Método	Apelaciones de atención médica: Información de contacto
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://es.es.clevercarehealthplan.com/our-members">es.es.clevercarehealthplan.com/our-members</a>

### Cómo puede comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica

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

Método	Quejas sobre la atención médica: Información de contacto
<b>LLAME</b>	(833) 388-8168  Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Los mensajes recibidos en días feriados o fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.
<b>TTY</b>	711  Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Los mensajes recibidos en días feriados o fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.
<b>FAX</b>	(657) 276-4715
<b>ESCRIBA A</b>	Clever Care Health Plan Quejas y apelaciones 660 W Huntington Drive Suite 200 Arcadia, CA 91007
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	<a href="https://es.es.clevercarehealthplan.com/appeals">es.es.clevercarehealthplan.com/appeals</a>

## **Cómo puede comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*).

<b>Método</b>	<b>Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto</b>
<b>LLAME</b>	<p>(800) 926-3004</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Los mensajes recibidos en días feriados o fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.</p> <p>El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Los mensajes recibidos en días feriados o fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.</p>
<b>FAX</b>	<p>(858) 790-6060</p>
<b>ESCRIBA A</b>	<p>MedImpact Healthcare Systems, Inc. PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://medimpact.com">medimpact.com</a></p>

## **Cómo puede comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D**

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

<b>Método</b>	<b>Apelaciones de medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto</b>
<b>LLAME</b>	(800) 926-3004  Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Los mensajes recibidos en días feriados o fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.
<b>TTY</b>	711  Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Los mensajes recibidos en días feriados o fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.
<b>FAX</b>	(858) 790-6060
<b>ESCRIBA A</b>	MedImpact Healthcare Systems, Inc. PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108
<b>SITIO WEB</b>	medimpact.com

## **Cómo puede comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D**

Puede presentar una queja sobre nosotros o una de las farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas de pago o cobertura. (Si su problema es sobre la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección

anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*).

<b>Método</b>	<b>Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto</b>
<b>LLAME</b>	(800) 926-3004  Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Los mensajes recibidos en días feriados o fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.
<b>TTY</b>	711  Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Los mensajes recibidos en días feriados o fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.
<b>FAX</b>	(858) 790-6060
<b>ESCRIBA A</b>	MedImpact Healthcare Systems, Inc. PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	Puede enviar una queja sobre Clever Care Balance Medicare Advantage a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, vaya a <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

### **Dónde puede enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que haya recibido**

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: 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 queja decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* para obtener más información.

<b>Método</b>	<b>Solicitudes de pago: Información de contacto</b>
<b>LLAME</b>	(800) 926-3004  Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Los mensajes recibidos en días feriados o fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.
<b>TTY</b>	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Los mensajes recibidos en días feriados o fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.
<b>FAX</b>	(858) 790-6060
<b>ESCRIBA A</b>	MedImpact Healthcare Systems, Inc. PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108
<b>SITIO WEB</b>	medimpact.com

---

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

---

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, “CMS”). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

---

<b>Método</b>	<b>Medicare: Información de contacto</b>
<b>LLAME</b>	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas al día, los 7 días a la semana.
<b>TTY</b>	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare: Información de contacto
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></p> <p>Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de cuidados de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye manuales que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y sus opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare):</b> Proporciona información sobre el estado de elegibilidad para Medicare.</li><li>• <b>Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare):</b> Brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan un valor <i>estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.</li></ul> <p>También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Clever Care Balance Medicare Advantage:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Informe a Medicare sobre su queja:</b> Puede enviar una queja sobre Clever Care Balance Medicare Advantage directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.</li></ul> <p>Si no tiene una computadora, su biblioteca o el centro para personas mayores local pueden ayudarlo a visitar este sitio web usando su computadora. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

(ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En California, el SHIP se denomina Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El HICAP es independiente (no está vinculado a ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría local gratuita sobre seguros médicos a las personas con Medicare.

Los asesores del HICAP pueden ayudarlo si tiene preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus derechos en virtud de Medicare, ayudarlo a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y ayudarlo a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del HICAP también pueden ayudarlo a comprender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

**MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP Y OTROS RECURSOS:**

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Haga clic en “**Forms, Help, and Resources**” (formularios, ayuda y recursos) en el extremo derecho del menú que se encuentra en la parte superior
- En el menú desplegable, haga clic en “**Phone Numbers & Websites**” (números de teléfono y sitios web)
- Ahora tiene varias opciones
  - Opción 1: Puede **chatear en directo**
  - Opción 2: Puede hacer clic en cualquiera de los “**TOPICS**” (temas) en el menú de la parte inferior
  - Opción 3: Puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y haga clic en GO (ir). Esto lo llevará a una página con los números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	HICAP (SHIP de California)
--------	----------------------------

LLAME	(800) 434-0222
-------	----------------

<b>Método</b>	<b>HICAP (SHIP de California)</b>
<b>TTY</b>	711  Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
<b>ESCRIBA A</b>	California Department of Aging 1300 National Drive Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling">aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling</a>

---

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

---

Existe una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad es Livanta.

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que controle y ayude a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Cree que la cobertura de su estancia en el hospital finaliza demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de sus servicios de cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

<b>Método</b>	<b>Livanta (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de California)</b>
<b>LLAME</b>	(877) 588-1123  De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.; sábados y domingos de 11:00 a. m. a 3:00 p. m.; y los días feriados de 7:00 a. m. a 3:30 p. m.

<b>Método</b>	<b>Livanta (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de California)</b>
<b>TTY</b>	(855) 887-6668  Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
<b>ESCRIBA A</b>	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.livantaqio.com">www.livantaqio.com</a>

## **SECCIÓN 5 Seguro Social**

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y administrar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tienen 65 años o más, o que tienen una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D porque tiene un ingreso más alto. Si recibió una carta del Seguro Social informándole que tiene que pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informar sobre dicho cambio.

<b>Método</b>	<b>Seguro social: Información de contacto</b>
<b>LLAME</b>	(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 telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.

Método	Seguro social: Información de contacto
TTY	(800) 325-0778  Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	<a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>

---

## **SECCIÓN 6 Medicaid (Medi-Cal)** (un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)

---

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. En California, este programa se llama Medi-Cal. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medi-Cal

Además, existen programas que se ofrecen a través de Medi-Cal que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas. Estos “Programas de ahorros de Medicare” 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 la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid QMB+).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid SLMB+).
- **Individuo calificado (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medi-Cal y sus programas, comuníquese con el Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) de California.

<b>Método</b>	<b>Medi-Cal: administrado por el Departamento de Servicios de Atención Médica (programa de Medicaid de California): Información del contacto</b>
<b>LLAME</b>	(800) 541-5555  Disponible de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.
<b>TTY</b>	(800) 735-2922  Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
<b>ESCRIBA A</b>	California Department of Health Care Services Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.dhcs.ca.gov">www.dhcs.ca.gov</a>

---

## **SECCIÓN 7 Información sobre programas destinados a ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados.**

---

### **Programa “Ayuda adicional” de Medicare**

Medicare proporciona “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o automóvil. Si califica, recibirá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos por medicamentos recetados de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para sus costos de bolsillo.

Algunas personas califican automáticamente para la “Ayuda adicional” y no necesitan solicitarla. Medicare envía una carta a las personas que califican automáticamente para la “Ayuda adicional”.

Es posible que pueda obtener “Ayuda adicional” para pagar sus gastos de medicamentos recetados. Para ver si califica para obtener “Ayuda adicional”, llame:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los siete días de la semana;
- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (aplicaciones); o
- Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes) (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

## Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

---

Si cree que ha calificado para la “Ayuda adicional” y que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene su receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, para proporcionárnosla.

- Si no puede proporcionar la documentación descrita anteriormente y cree que puede calificar para recibir “Ayuda adicional”, llame a Servicio al Cliente al número de teléfono impreso en la contraportada de este manual y un representante lo ayudará.
- Cuando recibamos la evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto la próxima vez que surta una receta en la farmacia. Si paga un exceso en su copago, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto excedido del pago o compensaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y está contabilizando su copago como una deuda suya, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si algún estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Comuníquese con Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

### Programa de descuentos por período sin cobertura de Medicare

El Programa de descuentos por período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca a los miembros de la Parte D que han alcanzado el período sin cobertura y no reciben “Ayuda adicional”. Para los medicamentos de marca, el descuento del 70% proporcionado por los fabricantes excluye cualquier tarifa de dispensación por costos durante el período sin cobertura. Los miembros pagan el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación por los medicamentos de marca.

Si alcanza el período sin cobertura, aplicaremos automáticamente el descuento cuando su farmacia le facture su receta y su Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) mostrará cualquier descuento proporcionado. Tanto el monto que paga como el monto descontado por el fabricante cuentan para sus costos de bolsillo como si los hubiera pagado y hacen pase el período sin cobertura. El monto pagado por el plan (5%) no cuenta para sus costos de bolsillo.

Usted también recibe alguna cobertura para medicamentos genéricos. Si alcanza el período sin cobertura, el plan paga el 75% del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 25% restante. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%) no cuenta para sus costos de bolsillo. Solo cuenta la cantidad que paga y que lo ayuda a pasar el período sin cobertura. Además, la tarifa de dispensación se incluye como parte del costo del medicamento.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare está disponible en todo el país. Debido a que nuestro plan ofrece cobertura adicional durante la Etapa de período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo a veces serán más bajos que los costos que se describen aquí. Consulte la Sección 6 del Capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa del período sin cobertura.

Nuestro plan ofrece cobertura adicional durante el período sin cobertura para determinadas insulinas. Durante la Etapa del período sin cobertura, sus costos de bolsillo por insulinas seleccionadas serán de \$0 a \$35. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa del período sin cobertura. Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa destinado a ayudar a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”). Para saber qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos en formato electrónico. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este manual).

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de Descuentos para el Período Sin Cobertura de Medicare en general, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

### **¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?**

#### **¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (ADAP)?**

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (ADAP) ayuda a que las personas elegibles que tienen VIH/sida tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir asistencia con el costo compartido de los medicamentos recetados. La Oficina del Sida de California es el ADAP de su estado.

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluido un comprobante de residencia en el estado y de estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado y estado de no asegurado/con seguro insuficiente.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, este puede continuar brindándole asistencia para el costo compartido de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los medicamentos del formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique a su encargado de inscripción local del ADAP sobre cualquier cambio en el nombre o número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare.

<b>Método</b>	<b>Oficina para el Sida de California: Información de contacto</b>
<b>LLAME</b>	(844) 421-7050  De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (excepto días feriados)
<b>TTY</b>	711  Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

<b>Método</b>	<b>Oficina para el Sida de California: Información de contacto</b>
<b>ESCRIBA A</b>	Office of AIDS California Department of Public Health MS 7700 PO Box 997426 Sacramento, CA 95899-7426
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAadap.aspx">cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAadap.aspx</a>

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050. Los usuarios de TTY pueden llamar al número de teléfono 711 para obtener ayuda.

**¿Qué sucede si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados? ¿Puede conseguir los descuentos?**

No. Si recibe “Ayuda adicional”, ya obtiene cobertura para los costos de sus medicamentos recetados durante el período sin cobertura.

**¿Qué pasa si no obtiene un descuento y cree que le corresponde?**

Si cree que ha alcanzado el período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por su medicamento de marca, debe revisar el siguiente aviso de su *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de recetas sean correctos y estén actualizados. Si no estamos de acuerdo en que se le debe un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación por parte de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## **SECCIÓN 8      Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria**

---

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

Si recibe su plan de Medicare a través de la Junta de Jubilación Ferroviario, es importante que les informe si se muda o cambia de dirección postal.

Método	Junta de Jubilación Ferroviaria: Información de contacto
<b>LLAME</b>	(877) 772-5772  Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board, RRB) los lunes, martes, jueves y viernes, de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., y los miércoles de 9:00 a. m. a 12:00 p. m.  Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y a información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días feriados.
<b>TTY</b>	(312) 751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://rrb.gov/">rrb.gov/</a>

---

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

---

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción que brinda su empleador o grupo de jubilados (o de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este manual). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud de este plan.

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

# CAPÍTULO 3

*Cómo usar la cobertura del plan  
para sus servicios médicos*

## **Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan .....</b>	<b>47</b>
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?.....	47
Sección 1.2	Reglas básicas para que el plan cubra su atención médica.....	47
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Utilice proveedores de la red del plan para obtener su atención médica .....</b>	<b>49</b>
Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica .....	49
Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP?.....	51
Sección 2.3	Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red .....	51
Sección 2.4	Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red.....	53
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, necesita atención de urgencia o durante un desastre.....</b>	<b>53</b>
Sección 3.1	Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica .....	53
Sección 3.2	Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios .....	55
Sección 3.3	Cómo recibir atención durante un desastre .....	56
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos? .....</b>	<b>56</b>
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos .....	56
Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total.....	56
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”? .....</b>	<b>57</b>
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?.....	57
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa? .....	58
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Reglas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa no médica para el cuidado de la salud”.....</b>	<b>59</b>
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud? ....	59

**Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos**

---

Sección 6.2	Cómo recibir atención de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud .....	60
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Normas para la posesión de equipo médico duradero .....</b>	<b>60</b>
Sección 7.1	¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar una determinada cantidad de pagos en virtud de nuestro plan? .....	60
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento .....</b>	<b>61</b>
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho? .....	61
Sección 8.2	¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? .....	61
Sección 8.3	¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare? .....	62

---

## **SECCIÓN 1      Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan**

---

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo utilizar el plan para obtener cobertura para su atención médica. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para obtener los tratamientos, servicios y otros cuidados médicos cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice el Cuadro de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos que está cubierto y qué paga usted*).

<b>Sección 1.1      ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?</b>
---

A continuación, se incluyen algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender cómo obtiene la atención y los servicios que están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

- El término **“proveedores”** también incluye hospitales y otros centros de atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de su costo compartido como pago total. Hemos acordado con estos proveedores para que brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, paga solo su parte del costo de sus servicios.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y el equipo que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios de atención médica cubiertos se enumeran en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4.

<b>Sección 1.2      Reglas básicas para que el plan cubra su atención médica</b>
--

Como plan de salud de Medicare, Clever Care Balance Medicare Advantage debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

Clever Care Balance Medicare Advantage generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que recibe está incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro figura en el Capítulo 4 de este manual).
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la

prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- **Tenga un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe emitir una aprobación previa antes de que pueda utilizar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de cuidados de la salud en el hogar. Esto se denomina “derivación”. Para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - No se requieren derivaciones de su PCP para atención de emergencia o servicios de urgencia. También existen otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención por parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. *Estas son tres excepciones:*
  - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y para ver qué significa que un servicio sea de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita atención médica que Medicare requiere que cubra nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden brindar esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. Debe obtener una autorización previa antes de buscar atención fuera de la red. Su PCP puede ayudarlo a obtener la autorización. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
  - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

---

## **SECCIÓN 2      Utilice proveedores de la red del plan para obtener su atención médica**

---

<b>Sección 2.1      Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica</b>
--

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

Cuando se inscribe en nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su proveedor de atención primaria (PCP). Un PCP es su socio en la salud, que le brinda o coordina su atención. Su PCP es un profesional de la salud que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Estos incluyen médicos especializados en medicina familiar, medicina general y medicina interna.

Dado que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, debe enviar todos sus registros médicos anteriores a su consultorio. Su PCP también organizará o coordinará el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan, que incluyen lo siguiente:

- Radiografías
- Pruebas de laboratorio
- Terapias
- Atención de un especialista
- Admisiones hospitalarias
- Atención de seguimiento

“Coordinar” sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo está evolucionando. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener una aprobación por escrito por adelantado de su PCP (por ejemplo, emitir una derivación para ver a un especialista).

En algunos casos, su PCP, o un especialista u otro proveedor que esté consultando, necesitará obtener nuestra autorización previa (aprobación previa) para ciertos tipos de servicios y artículos cubiertos. Consulte el Capítulo 4 de este manual para conocer los servicios y artículos que requieren autorización previa.

### **¿Cómo elige a su PCP?**

Cuando se inscriba en Clever Care Health Plan, tendrá acceso a una amplia red de proveedores en los condados de Los Ángeles, Orange y San Diego en California que brindarán atención a nuestros miembros. Para elegir su PCP, visite nuestro sitio web en [www.es.es.clevercarehealthplan.com/provider](http://www.es.es.clevercarehealthplan.com/provider) y seleccione un PCP de nuestra red de planes. El Servicio al Cliente también puede ayudarlo a elegir un PCP.

Cuando elige su PCP, también elige los hospitales y la red de especialidades asociadas con él o ella. Asegúrese de anotar el nombre y el número de identificación del médico. Este número deberá incluirse en su formulario de inscripción.

Una vez que esté inscrito en el plan, le enviaremos una tarjeta de identificación de miembro de Clever Care. El nombre y el número de teléfono de su PCP estarán impresos en su tarjeta de identificación de miembro. Si no elige un PCP o si elige un PCP que no está disponible con este plan, le asignaremos uno automáticamente.

### **Cómo cambiar de PCP**

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje de estar en la red de proveedores de nuestro plan y usted deba buscar un nuevo PCP. Muchos PCP están afiliados a un Grupo Médico o una Asociación de Médicos Independientes (IPA) que incluye acceso a una lista predefinida de especialistas y otros proveedores de atención médica. Si selecciona un PCP de uno de estos Grupos Médicos/IPA, su PCP le indicará que busque atención de este grupo de proveedores y del hospital que actúa como una subred de proveedores.

Para cambiar de PCP, llame a Servicio al Cliente. Infórmenos si actualmente consulta algún especialistas o recibe otros servicios cubiertos que requieran la aprobación de su PCP (como servicios de cuidado de la salud en el hogar y equipo médico duradero). Nuestro representante lo ayudará a asegurarse de que pueda continuar con la atención especializada y otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambie de PCP. También comprobarán que el PCP por el que desea cambiar al anterior esté aceptando nuevos pacientes.

Si desea elegir un nuevo PCP en el mismo Grupo Médico/IPA asignado, debemos recibir su solicitud, a más tardar, el último día del mes. El cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente.

Si desea conservar su PCP pero seleccionar un nuevo Grupo Médico/IPA al que esté afiliado, O elegir un nuevo PCP en un Grupo Médico/IPA diferente, O desea cambiar tanto de PCP como de Grupo Médico/IPA:

- las solicitudes recibidas, a más tardar, el día 25 del mes (por ejemplo, el 25 de marzo) entrarán en vigor el primer día del mes siguiente (1 de abril).
- las solicitudes recibidas después del día 25 del mes (por ejemplo, el 26 de marzo) entrarán en vigor el primer día del próximo mes (1 de mayo).

En cada posible situación, se le emitirá una nueva tarjeta de identificación con el nombre y la información de contacto del nuevo PCP. Si usa un PCP que no está impreso en su tarjeta de identificación, podría incurrir en un costo compartido más alto o su reclamación podría ser denegada.

<b>Sección 2.2</b>	<b>¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP?</b>
--------------------	---

Puede obtener los servicios que se enumeran a continuación sin aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los obtenga de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía siempre que los obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia por parte de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos (por ejemplo, cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicio al Cliente antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a hacer los arreglos necesarios para recibir diálisis de mantenimiento mientras está fuera. Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este manual).
- Consulta inicial de un especialista del plan de la red para analizar sus necesidades de atención. Cualquier servicio después de la visita inicial y todos los procedimientos especializados requerirán aprobación en forma de autorización previa.

<b>Sección 2.3</b>	<b>Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red</b>
--------------------	---

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas. Los siguientes son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Su PCP puede derivarlo para que consulte a un especialista. Cada PCP tiene determinados especialistas del plan que utilizan para las derivaciones. Esto significa que el PCP que elija podría determinar a cuáles especialistas podrá visitar. Si hay hospitales específicos que desea utilizar, primero debe averiguar si su PCP utiliza estos hospitales.

El plan le permite ver a un especialista de la red sin autorización para una visita inicial sin procedimientos que se destine a discutir sus necesidades de atención. Si el especialista quiere que usted regrese para recibir más atención, verifique primero para asegurarse de que su PCP o el especialista obtenga una autorización (aprobación por adelantado) del plan para realizar más visitas al especialista.

Para la atención de seguimiento después de la visita inicial al especialista, o cualquier procedimiento especializado, su PCP o el especialista deberán obtener la aprobación previa de Clever Care (esto se denomina obtener “autorización previa”). La autorización previa es la aprobación por adelantado para obtener servicios. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa se encuentran en el Cuadro de beneficios en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Si no tiene una autorización previa por escrito para la atención y los servicios de seguimiento de un especialista, es posible que deba pagar por estos servicios usted mismo.

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

Es posible que realicemos cambios en cuanto a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Hay varias razones por las que su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para notificarle con al menos 30 días de anticipación si su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar uno nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitarlo y trabajaremos con usted para asegurarnos de que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

Si necesita ayuda porque un especialista o un proveedor de la red abandonará nuestro plan, llame a Servicio al Cliente al número que figura en la contraportada de este manual.

## **Sección 2.4      Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red**

Puede obtener servicios de proveedores fuera de la red (por ejemplo, cuando los proveedores de servicios especializados no están disponibles en la red). Para recibir atención de un proveedor fuera de la red, su médico debe solicitar una autorización previa por escrito para estos servicios mediante la presentación de una solicitud de autorización al plan.

Nota: Los miembros tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o de urgencia fuera del área. Además, nuestro plan debe cubrir los servicios de diálisis para miembros con ESRD que han viajado fuera del área de servicio del plan y no pueden acceder a proveedores de ESRD contratados. Los servicios de ESRD deben recibirse en un centro de diálisis certificado por Medicare.

## **SECCIÓN 3      Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, necesita atención de urgencia o durante un desastre**

### **Sección 3.1      Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica**

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

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener aprobación o una derivación de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.** Nosotros debemos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Llame al número de teléfono que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro de Clever Care.

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

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra forma podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este manual.

Nuestro plan cubre atención de emergencia y servicios de urgencia cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios, por un monto de hasta \$100,000 por año. Consulte “atención de emergencia” y “servicios necesitados urgentemente” en el Cuadro de beneficios de Medicare en el Capítulo 4 de este manual para obtener más información sobre lo que paga.

Si experimenta una emergencia, hablaremos con los médicos que le brindan atención de emergencia para ayudar a administrar y dar seguimiento a su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su condición se estabiliza y la emergencia médica ha terminado.

Una vez que haya pasado la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su condición continúe estable. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento. Si su atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

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

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no se trataba de una emergencia, siempre y cuando razonablemente pensara que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *únicamente* si recibe atención adicional de una de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- –O– la atención adicional que recibe se considera un “servicio de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener estos servicios (si desea obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

<b>Sección 3.2</b>	<b>Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios</b>
--------------------	---

### **¿Qué son los “servicios de urgencia”?**

Los “servicios de urgencia” se refieren a enfermedades, lesiones o afecciones médicas imprevistas que no son de emergencia y que requieren atención médica inmediata. Los servicios necesitados urgentemente pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, un brote imprevisto de una afección conocida que usted padece.

### **¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?**

Siempre debe intentar obtener los servicios necesitados urgentemente por parte de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Cuando necesite atención de urgencia, comuníquese con su PCP o grupo médico. Si su PCP o Grupo Médico no está disponible, consulte el Directorio de proveedores que se encuentra en nuestro sitio web en [es.es.clevercarehealthplan.com/provider](http://es.es.clevercarehealthplan.com/provider). También puede encontrar centros de atención de urgencia de la red o llamar a Servicio al Cliente al número que figura en la contraportada de este manual.

### **¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?**

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

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: definida como atención de urgencia, de emergencia y de posestabilización recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Este beneficio está limitado a 75,000 por año. Para obtener más información, consulte “Cobertura mundial de emergencia/urgencia” en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este manual o llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la contraportada de este manual.

### **Sección 3.3      Cómo recibir atención durante un desastre**

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: [es.es.clevercarehealthplan.com](http://es.es.clevercarehealthplan.com) para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Por lo general, si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con un costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener más información.

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

### **Sección 4.1      Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos**

Si pagó más de lo que le correspondía por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

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

Clever Care Balance Medicare Advantage cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, estos servicios se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos del plan (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este manual) y se obtienen de acuerdo con las reglas del plan. 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 o porque se obtuvieron fuera de la red y no estaban autorizados.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos algún servicio o atención médica que esté considerando, tiene derecho a consultarnos si lo cubriremos antes de recibirlo. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si decidimos no cubrir sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

En el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*), encontrará más información sobre qué hacer si desea que tomemos una decisión de cobertura o desea apelar una decisión que ya tomamos. También puede llamar a

Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que se haya alcanzado el límite de un beneficio, lo que pague por los servicios no contará para su monto máximo de gastos de bolsillo. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre los límites de los beneficios y los montos máximos de gastos de bolsillo. Puede llamar a Servicio al Cliente si desea conocer cuánto de su límite de beneficio ya ha utilizado.

---

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

---

<b>Sección 5.1      ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?</b>
--

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Para probar nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos, piden voluntarios para ayudar con el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a ver si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos para los miembros de nuestro plan. Medicare primero debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted para explicarle más detalles y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que lo están llevando a cabo. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos para el estudio y usted comprenda y acepte plenamente lo que implica su participación en el estudio.

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

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan formar parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no sea necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si planifica participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) para informar que participará en un ensayo clínico y para obtener detalles más específicos sobre lo que su plan pagará.

### **Sección 5.2      Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?**

Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, que incluyen lo siguiente:

- Alojamiento y comida para una estancia en el hospital que Medicare pagaría incluso si usted no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

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

*A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos:*  
Digamos que se realiza una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte de los costos de esta prueba es de \$20 en virtud de Original Medicare, pero la prueba sería de \$10 en virtud de los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es la misma cantidad que pagaría con los beneficios de nuestro plan.

Para que podamos pagar nuestra parte de los costos, deberá enviar una solicitud de pago. Con su solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Avisos resumidos de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto debe. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Cuando forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán por los siguientes:**

- Generalmente, Medicare *no* paga por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no* se encuentra en un estudio.
- Artículos y servicios que el estudio les brinda a usted o a cualquier participante de forma gratuita.
- Artículos o servicios proporcionados solo para recopilar datos y no utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

### **¿Desea obtener más información?**

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica si visita el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)).

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) en cualquier momento, 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 para el cuidado de la salud”**

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>¿Qué es una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud?</b>
--------------------	---

Una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud es un centro que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar brindaremos cobertura para la atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se proporciona solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención de la salud no médicos). Medicare solo pagará los servicios de atención de la salud no médicos proporcionados por instituciones religiosas no médicas para el cuidado de la salud.

## **Sección 6.2      Cómo recibir atención de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud**

Para recibir atención de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud, debe firmar un documento legal que diga que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico “no exceptuado”.

- La atención o el tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento médico que es *voluntario* y *no requerido* por cualquier ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es la atención o el tratamiento médico que recibe que *no* es voluntario o *es requerido* conforme a las leyes federales, estatales o locales.

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

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios que recibe de nuestro plan se limita a aspectos *no religiosos* del cuidado.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección médica que le permita recibir los servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
  - *Además*, debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su estancia no estará cubierta.

## **SECCIÓN 7      Normas para la posesión de equipo médico duradero**

### **Sección 7.1      ¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar una determinada cantidad de pagos en virtud de nuestro plan?**

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como prótesis. En esta sección, discutimos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarios del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de nuestro plan, no se volverá propietario de los artículos DME alquilados, independientemente

de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME en Original Medicare antes de unirse a nuestro plan, no adquirirá la propiedad, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo, mientras sea miembro de nuestro plan.

### **¿Qué sucede con los pagos que realizó por un equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?**

Si no adquirió la propiedad del artículo DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para ser propietario del artículo. Los pagos que realizó mientras estaba en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo DME cuando tenía Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco contarán para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para ser propietario del artículo. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

---

## **SECCIÓN 8 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento**

---

<b>Sección 8.1</b>	<b>¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?</b>
--------------------	--

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, mientras esté inscrito, Clever Care Balance Medicare Advantage cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si abandona Clever Care Balance Medicare Advantage o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno debe devolverse al propietario.

<b>Sección 8.2</b>	<b>¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?</b>
--------------------	---

Su costo compartido para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es un coseguro del 0% del monto del alquiler si el costo es de \$500 o menos. O bien, un coseguro del 20% del monto del alquiler permitido por Medicare si el costo es superior a \$500, todos los meses.

Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en Clever Care Balance Medicare Advantage.

Si antes de inscribirse en Clever Care Balance y Medicare Advantage había realizado de pago de alquiler por la cobertura de equipo de oxígeno por 36 meses, su costo compartido en Clever Care Balance Medicare Advantage es un coseguro del 20% de la cantidad permitida por Medicare para equipos que cuestan más de \$500.

<b>Sección 8.3</b>	<b>¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?</b>
--------------------	---

Si regresa a Original Medicare, entonces comienza un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si pagó un alquiler por equipos de oxígeno durante 36 meses antes de unirse a Clever Care Balance Medicare Advantage, se inscribe en Clever Care Balance Medicare Advantage durante 12 meses y luego regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura de equipos de oxígeno.

De manera similar, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en Clever Care Balance Medicare Advantage y luego regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

# CAPÍTULO 4

*Cuadro de beneficios médicos  
(qué está cubierto y  
qué paga usted)*

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

---

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos.....</b>	<b>65</b>
Sección 1.1	Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos .....	65
Sección 1.2	Nuestro plan tiene un deducible para ciertos tipos de servicios.....	65
Sección 1.3	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?.....	66
Sección 1.4	Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen el saldo” .....	66
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Cómo utilizar el <i>Cuadro de beneficios médicos</i> para averiguar qué está cubierto para usted y cuánto pagará .....</b>	<b>67</b>
Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan .....	67
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....</b>	<b>119</b>
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones) .....	119

---

## **SECCIÓN 1      Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos**

---

Este capítulo se enfoca en sus servicios cubiertos y lo que paga por sus beneficios médicos. Incluye un Cuadro de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Clever Care Balance Medicare Advantage. Más adelante en este capítulo, podrá encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de ciertos servicios.

<b>Sección 1.1      Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos</b>
---

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos.

- El “**deducible**” es la cantidad que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. (En la Sección 1.2, encontrará más información sobre el deducible del plan).
- Un “**copago**” es la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago al momento de recibir el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- El “**coseguro**” es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde. Si considera que se le solicita que pague de manera incorrecta, póngase en contacto con Servicio al cliente.

<b>Sección 1.2      Nuestro plan tiene un deducible para ciertos tipos de servicios</b>
---

El plan tiene una cantidad de deducible para los siguientes tipos de servicios:

- El monto del deducible para la atención médica hospitalaria para pacientes internados para 2022 es de \$1,556. Hasta que alcance el pago de la cantidad del deducible, debe pagar el costo completo de la atención del paciente hospitalizado. Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios, y usted pagará su parte (su copago) durante el resto del período de beneficios. Esto significa que, una vez que alcance el deducible del plan o el deducible para la atención de paciente hospitalizado, empezaremos a pagar nuestra parte de los costos de su atención de paciente hospitalizado cubierta.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

El monto del deducible para la atención médica hospitalaria para pacientes internados para 2022 es de \$1,556. Hasta que alcance el pago de la cantidad del deducible, debe pagar el costo completo de la atención de salud mental para paciente hospitalizado. Una vez que haya pagado el deducible, pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios y usted pagará su parte (su copago) durante el resto del período de beneficios. Esto significa que, una vez que usted alcance el deducible del plan o el deducible para la atención de salud mental para pacientes hospitalizados, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos de su atención de salud mental para pacientes hospitalizados cubierta.

**Sección 1.3 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?**

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite de cuánto debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan (consulte el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de Clever Care Balance Medicare Advantage, lo máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la red en 2022 es \$5,999. Los montos que paga por los deducibles, los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este monto máximo de gastos de bolsillo. (Las cantidades que usted paga por las primas del plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para alcanzar su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Si usted alcanza la cantidad máxima de gastos de bolsillo de \$5,999, no tendrá que pagar ningún costo de gastos de bolsillo el resto del año para los servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otros terceros paguen la prima de la Parte D por usted).

**Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen el saldo”**

Como miembro de Clever Care Balance Medicare Advantage, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales aparte, llamados “facturación de saldo”. Esta protección (que usted nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00), usted paga solo esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

---

- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determina en el contrato entre el proveedor y el plan).
- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando obtiene una derivación).
- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando obtiene una derivación).
- Si cree que un proveedor le ha “facturado un saldo”, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

---

**SECCIÓN 2      Cómo utilizar el *Cuadro de beneficios médicos* para averiguar qué está cubierto para usted y cuánto pagará**

---

<b>Sección 2.1      Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan</b>
---

El Cuadro de beneficios médicos en las páginas siguientes enumera los servicios que cubre Clever Care Balance Medicare Advantage y lo que paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y el equipo) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Usted recibirá su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, se proporciona más información sobre los requisitos para utilizar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) que brinda y supervisa su atención. En algunas situaciones, su PCP debe proporcionarle una aprobación por adelantado antes de que pueda consultar con otros proveedores de la red

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

---

del plan. Esto se denomina “derivación”. El Capítulo 3 brinda más información sobre cómo obtener una derivación y las situaciones en las que no necesita una.

- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *solamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en negrita en el Cuadro de beneficios médicos.
- También podemos cobrarle “tarifas administrativas” por las citas omitidas o por no pagar el costo compartido requerido en el momento del servicio. Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre estas tarifas administrativas. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este manual).

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted de 2022*. Consúltelo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o solicite una copia 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).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- A veces, Medicare agrega cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2022, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

Información importante sobre beneficios para personas inscritas con determinadas afecciones crónicas

- Si se le diagnostica alguna de las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.
  - Trastornos cardiovasculares
  - Insuficiencia cardíaca crónica
  - Demencia
  - Diabetes
  - Enfermedad hepática en etapa terminal
  - Enfermedad renal en etapa terminal
  - VIH/sida
  - Trastornos pulmonares crónicos
  - Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes
  - Trastornos neurológicos
  - Accidente cerebrovascular

Usted es elegible según los criterios clínicos de calificación de una afección crónica según lo determine y confirme su médico. En algunos casos, también debe participar en uno de los programas y actividades de gestión de casos del plan con metas definidas y medidas de resultado.

Su plan tiene los siguientes beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI):

- Beneficio de comida
- Comestibles
- Beneficios de necesidades sociales
- Servicio de telemonitorización
- Evaluación de seguridad en el hogar
- Servicios de asistencia a domicilio
- Asistencia para los cuidadores

Estos beneficios también se denominan beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos (SSBCI) porque están diseñados específicamente para miembros que tienen una o más afecciones crónicas.

- Consulte la fila “Beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos” en el Cuadro de beneficios médicos a continuación para obtener más detalles.



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en el Cuadro de beneficios.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)****Cuadro de beneficios médicos**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</b></p> <p>Una ecografía de detección única para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una derivación de su médico, asistente médico, profesional de enfermería o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo.</p>
<p><b>Acupuntura</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de tratamiento con o sin estimulación eléctrica (electroacupuntura) para todos los diagnósticos.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>\$0 de copago</b> para las visitas ilimitadas para los servicios de acupuntura, no se requiere autorización previa.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre, de ala fija y de ala giratoria, hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención si se brindan a un miembro cuya afección médica es tan grave que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud o si están autorizados por el plan.</li> </ul> <p><b>El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es apropiado si se documenta que la afección del miembro es tan grave que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</b></p> <p>Se proporciona cobertura para los servicios de transporte de emergencia recibidos en todo el mundo. (En todo el mundo se refiere a la atención de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios).</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>Coseguro del 20%</b> por cada viaje en ambulancia terrestre cubierto por Medicare (de un trayecto).</p> <p><b>Coseguro del 20%</b> por cada viaje en ambulancia aérea cubierto por Medicare (de un trayecto).</p> <p>Existe un límite anual de \$100,000 para cobertura en todo el mundo</p> <p><b>\$0 de copago</b> por cada servicio de transporte de emergencia recibido fuera de los Estados Unidos.</p> <p><b>El transporte de no emergencia requiere autorización previa</b></p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Examen físico anual de rutina</b>  Nuestro plan incluye un examen físico de rutina que no está cubierto por Original Medicare.</p> <p>La cobertura para este beneficio no cubierto por Medicare es adicional a la visita de bienestar anual cubierta por Medicare y la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Puede programar su examen físico anual de rutina una vez por año calendario.</p> <p>El examen físico anual de rutina es un examen físico exhaustivo que incluye una recopilación de antecedentes médicos y también puede incluir cualquiera de los siguientes: control de signos vitales, observación del aspecto general, examen de cabeza y cuello, examen de corazón y pulmones, examen abdominal, examen neurológico, un examen dermatológico y un examen de extremidades. El examen generalmente incluye que el médico sienta o escuche su cuerpo o toque partes del cuerpo.</p> <p>Los análisis de laboratorio preventivos, las pruebas de detección o las pruebas de diagnóstico que se realicen durante esta visita están sujetos a su cobertura de análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico. Consulte “<b>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</b>” para obtener más información.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>\$0 de copago</b> para un examen físico de rutina, realizado en el consultorio de su PCP, cada año calendario.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Visita anual de bienestar</b></p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p><b>Nota:</b> Su primera visita de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya realizado una visita de “Bienvenida a Medicare” para que las visitas de bienestar anuales estén cubiertas después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.</p>
<p> <b>Medición de masa ósea</b></p> <p>Para las personas calificadas (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 mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, para detectar la pérdida ósea o para determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> <b>Examen de detección del cáncer de mama (mamografías)</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años</li> <li>• Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más</li> <li>• Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b></p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con ciertas condiciones y cuentan con una derivación del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca comunes.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>Coseguro del 20%</b> para cada visita cubierta por Medicare</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>
<p> <b>Visita de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</b></p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que está comiendo de manera saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares de terapia conductual intensiva.</p>
<p> <b>Pruebas de enfermedades cardiovasculares</b></p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Examen de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses</li><li>• Si tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal, o si está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses</li></ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios de quiropráctica</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cubrimos solo la manipulación manual de la columna para corregir la subluxación.</li></ul>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>Coseguro del 20%</b> para cada servicio de quiropraxia cubierto por Medicare.</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Examen de detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>Para las personas mayores de 50 años, se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de como alternativa) cada 48 meses</li> </ul> <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de sangre oculta en heces (Guaiac-based fecal occult blood test, gFOBT)</li> <li>• Prueba inmunoquímica fecal (Fecal immunochemical test, FIT)</li> </ul> <p>Prueba de detección colorrectal basada en ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopia de detección (o enema de bario como alternativa) cada 24 meses</li> </ul> <p>Para las personas que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p> <p><b>Coseguro del 20%</b> para los enemas de bario cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente:</p> <p>Servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Los servicios dentales preventivos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpiezas dentales, dos veces al año</li> <li>• Exámenes bucales, dos veces al año</li> <li>• Tratamiento con flúor, una vez al año</li> <li>• Radiografías, una vez al año</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios dentales integrales cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpieza dental profunda</li> <li>• Empastes y reparaciones</li> <li>• Tratamientos de conducto (endodoncia)</li> <li>• Coronas dentales (carillas)</li> <li>• Puentes, dentaduras, extracciones</li> <li>• y otros servicios</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>\$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare.</b></p> <p>Para los servicios dentales, puede utilizar un proveedor de la red de Liberty Dental.</p> <p><b>No hay ningún requisito para permanecer dentro de la red.</b> Liberty Dental ofrece reembolsos por servicios a proveedores dentales fuera de la red.</p> <p>Los costos de bolsillo de los miembros pueden ser menores cuando utiliza proveedores dentro de la red de Liberty Dental.</p> <p>Este plan proporciona una <b>asignación de \$1,250 cada seis meses, hasta un máximo anual de \$2,500</b>, para pagar servicios preventivos e integrales, <u>excluidos</u> los implantes dentales.</p> <p><b>\$0 de copago</b>, hasta el monto de la asignación</p> <p>Cualquier monto de la asignación que no se utilice al final de los seis meses se transferirá.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan para servicios dentales, usted es responsable de los costos remanentes.</p> <p>Cualquier monto que no use al final del año calendario vencerá.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Evaluación de detección de depresión</b></p> <p>Cubrimos una evaluación de detección de depresión por año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o derivaciones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.</p>
<p> <b>Examen de detección de diabetes</b></p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, es posible que sea elegible para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</b></p> <p>Para todas las personas con diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para controlar su glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores.</li> <li>• Para las personas con diabetes que padecen una enfermedad grave del pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos a medida (incluidos los insertos proporcionados con dichos zapatos) y dos pares adicionales de insertos, o un par de zapatos profundos y tres pares de insertos (sin incluir los insertos extraíbles no personalizados que se proporcionan con dichos zapatos) por año calendario. La cobertura incluye el ajuste.</li> <li>• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en ciertas condiciones.</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>Coseguro del 20%</b> para suministros para la diabetes</p> <p>Este plan cubre un monitor de glucosa en la sangre por año. Escoja de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un monitor de glucosa en la sangre con un suministro para 30 días de hasta 100 tiras reactivas y 100 lancetas de una farmacia minorista o un suministro para 90 días de hasta 300 tiras reactivas y 300 lancetas por pedido por correo.</li> <li>• Un monitor de glucosa continuo con hasta tres sensores por mes que no exceda los 40 sensores por año.</li> </ul> <p><b>Coseguro del 20%</b> por zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p><b>\$0 de copago</b> para la capacitación en el automanejo de la diabetes.</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados</b> (Para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este manual).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los DME médicamente necesarios que cubre Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntar si es posible hacer un pedido especial para usted.</p> <p>La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en <a href="http://es.es.clevercarehealthplan.com">es.es.clevercarehealthplan.com</a>.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>Coseguro del 20%</b> para equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>
<p><b>Servicios de bienestar oriental</b></p> <p>Nuestro plan incluye hasta un total de <b>24 visitas de terapia oriental</b> por año para cualquier servicio individual o una combinación de los siguientes servicios de un acupunturista contratado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cupping/Moxa,</li> <li>• Tui Na</li> <li>• Gua Sha</li> <li>• MedX</li> <li>• Reflexología</li> <li>• Terapia infrarroja: si se aplica como servicio complementario, no se tiene en cuenta en el límite de 12 visitas.</li> </ul> <p><b>Cada visita de servicio de bienestar no puede durar más de 30 minutos.</b></p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>\$0 de copago</b> por visita hasta el máximo de <b>24 visitas</b> por año permitidas.</p> <p>Todas las visitas remanentes al final del año calendario vencerán.</p> <p>Una vez que el plan paga la asignación máxima de beneficios por los servicios, usted es responsable de los costos remanentes.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que cumplen con estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y</li> <li>• son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.</li> </ul> <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que el de los servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Cobertura mundial.</p>	<p><b>\$50 de copago</b> por cada visita a la sala de emergencias</p> <p>El copago se exime si es admitido como paciente hospitalizado en el plazo de 72 horas por la misma afección.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que se establezca su afección de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe estando cubierta o debe recibir autorización del plan para su atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Existe un límite combinado de cobertura anual del plan de \$100,000 para servicios de emergencia y urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios.</p> <p><b>\$0 de copago</b> por cada visita a una sala de emergencias fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Asignación flexible para la salud y el bienestar</b> Este plan proporciona una asignación por gastos para ayudar a pagar los productos y servicios elegibles relacionados con la salud y el bienestar, específicamente actividades de acondicionamiento físico, artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) calificados o suplementos a base de hierbas.</p> <p><b>Artículos de venta libre (OTC)</b> Los artículos de venta libre son medicamentos y productos relacionados con la salud que no necesitan receta médica. Nuestro plan cubre más de 1,000 artículos OTC, según lo permitido por Medicare.</p> <p>Los pedidos deben realizarse a través de una tienda minorista en línea aprobada del plan. Es posible que no haya marcas específicas disponibles y que las cantidades sean limitadas o restringidas.</p> <p><b>Suplementos de hierbas</b> Nuestro plan cubre suplementos de hierbas para el tratamiento o la prevención de afecciones como alergias, ansiedad, artritis, dolor de espalda, eccema, cansancio, insomnio, síntomas de la menopausia, obesidad, además de muchos otros.</p> <p>Debe adquirir los suplementos en el consultorio de un acupunturista de la red, de un proveedor de la red o llamando a Clever Care.</p> <p>Puede encontrar una lista completa de suplementos de hierbas elegibles en nuestro sitio web, <a href="http://es.es.clevercarehealthplan.com">es.es.clevercarehealthplan.com</a>.</p>	<p>Este plan proporciona una asignación flexible para gastos de salud y bienestar de <b>\$300 cada tres meses, hasta un máximo anual de \$1,200.</b></p> <p><b>\$0 de copago</b> hasta el monto de la asignación</p> <p>Su asignación puede usarse para artículos de venta libre calificados, suplementos de hierbas o actividades físicas elegibles.</p> <p>La asignación se cargará en una tarjeta de débito cada 3 meses (el 1.º de enero, el 1.º de abril, el 1.º de julio y el 1.º de octubre) para gastar en actividades de acondicionamiento físico elegibles, artículos de venta libre cubiertos o suplementos de hierbas.</p> <p>Después de los beneficios pagados por el plan, usted es responsable de los costos remanentes.</p> <p>Cualquier monto no utilizado al final del período de tres meses vencerá.</p> <p><u>Los productos de alcohol y tabaco están excluidos de la asignación flexible de salud y bienestar.</u></p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p data-bbox="207 369 727 401"><b>Actividades de acondicionamiento físico</b></p> <p data-bbox="207 413 743 478">La asignación flexible se puede utilizar para actividades calificadas, incluidas las siguientes:</p> <ul data-bbox="219 485 899 1182" style="list-style-type: none"><li data-bbox="219 485 899 709">• <b>Membresía de gimnasio:</b> el costo mensual de su membresía de gimnasio individual, si es “independiente”, lo que significa que el propósito principal es proporcionar equipo de ejercicio y orientación de la instalación. No se permiten entrenadores personales.</li><li data-bbox="219 758 899 947">• <b>Acceso general a una instalación deportiva pública:</b> la tarifa de acceso para utilizar una piscina pública o una cancha de tenis. Para el golf, solo se permite el “green fee” o la tarifa por utilizar un campo de prácticas público.</li><li data-bbox="219 995 899 1182">• <b>Clases de acondicionamiento físico grupales:</b> tarifa por tomar una clase de gimnasia grupal (por ejemplo, tai chi, danza, yoga o Pilates) con un instructor formal calificado. No se permiten clases o lecciones privadas.</li></ul> <p data-bbox="207 1230 899 1455">Las centros basados en una membresía, como clubes de golf, clubes de campo o centros de masajes/spas no califican, incluso si incluyen acceso al gimnasio. Además, la asignación no se puede utilizar para caminatas/visitas guiadas ni se puede pagar a una residencia o instructor privado.</p> <p data-bbox="207 1503 899 1766">Todas las solicitudes están sujetas a la aprobación del plan. La asignación no se puede utilizar para tarifas de inscripción o registro, tarifas prorrateadas, tarifas anuales, tarifas de congelación de cuentas, tarifas de mantenimiento y otras tarifas o multas, compra o alquiler de equipos. Por último, la asignación no se puede utilizar para comprar mercancías en un centro.</p>	

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de audición</b></p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y el equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Nuestro plan incluye cobertura adicional de servicios de la audición no cubierta por Original Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de audición de rutina: un examen por año</li> <li>• Audífonos.</li> <li>• Evaluaciones de adaptación de audífonos: tres evaluaciones/adaptaciones de audífonos por año</li> </ul> <p><b>El beneficio de audífonos incluye lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tres (3) visitas de seguimiento dentro del primer año a partir de la fecha de ajuste inicial</li> <li>• Período de prueba de 60 días a partir de la fecha de ajuste</li> <li>• 60 pilas por año por audífono (suministro para 3 años)</li> <li>• Garantía de reparación del fabricante de 3 años</li> <li>• Cobertura de reemplazo por única vez para audífonos perdidos, robados o dañados</li> <li>• Primer juego de moldes para los oídos (cuando sea necesario)</li> </ul> <p>Debe obtener los audífonos a través de NationsHearing. Comuníquese con NationsHearing llamando al (866) 304-7577 (TTY: 711) para obtener más información o para programar una cita.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>\$0 de copago</b> por examen de audición cubierto por Medicare</p> <p><b>\$0 de copago</b> por examen de audición de rutina por año, realizado por un proveedor de la red.</p> <p><b>\$0 de copago</b> para hasta (3) adaptaciones y evaluaciones de audífonos por año.</p> <p>El plan proporciona una asignación para audífonos de <b>\$1,500 por oído, por año.</b></p> <p><b>\$0 de copago</b> hasta el monto de la asignación. Los audífonos de nivel básico pueden estar disponibles por el monto permitido o por menos de eso.</p> <p>Después de los beneficios pagados del plan para exámenes de audición de rutina o audífonos, usted es responsable por el costo remanente.</p> <p>Los audífonos están disponibles a través de NationsHearing y se limitan a dispositivos específicos con base en sus necesidades de audición.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)</b></p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de contraer una infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de detección cada 12 meses</li> </ul> <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.</p>
<p><b>Atención de una agencia de cuidado de la salud en el hogar</b></p> <p>Antes de recibir servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y ordenará que sean proporcionados por una agencia de atención médica en el hogar. Debe estar confinado en casa, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo para usted.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de asistencia para la salud en el hogar y servicios de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitentes. (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de asistencia para la salud en el hogar y de enfermería especializada combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana)</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>• Servicios médicos y sociales</li> <li>• Equipo y suministros médicos</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>\$0 de copago</b> para cada servicio de salud en el hogar cubierto por Medicare</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Terapia de infusión domiciliaria</b></p> <p>La terapia de infusión domiciliaria implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en su hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión domiciliaria incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención.</li><li>• Capacitación y educación para pacientes que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero.</li><li>• Monitoreo remoto.</li><li>• Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión domiciliaria y medicamentos de infusión domiciliaria proporcionados por un proveedor calificado.</li></ul>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>Coseguro del 20%</b> para cada servicio cubierto por Medicare</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención de hospicio</b></p> <p>Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Su médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor</li> <li>• Cuidado de relevo a corto plazo</li> <li>• Cuidados en el hogar</li> </ul> <p><u>Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que paga Original Medicare.</p> <p><u>Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga el monto del costo compartido del plan por los servicios dentro de la red.</li> <li>• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido de Medicare de pago por servicio (Original Medicare).</li> </ul>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por nuestro plan.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención de hospicio (continuación)</b></p> <p><u>Para los servicios que están cubiertos por nuestro plan, pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> nuestro plan continuará pagando por los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga su parte del costo compartido del plan por estos servicios.</p> <p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?)</p> <p><b>Nota:</b> Si necesita atención que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p>	

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p data-bbox="196 352 375 401"> <b>Vacunas</b></p> <p data-bbox="196 415 857 489">Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul data-bbox="256 506 894 940" style="list-style-type: none"><li data-bbox="256 506 656 541">• Vacuna contra la neumonía</li><li data-bbox="256 548 870 699">• Vacunas contra la gripe, una vez por temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si es médicamente necesario</li><li data-bbox="256 705 894 779">• Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B</li><li data-bbox="256 785 675 821">• Vacuna contra la COVID-19</li><li data-bbox="256 827 894 940">• Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare</li></ul> <p data-bbox="196 957 862 1066">También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p data-bbox="911 411 1414 562">No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención hospitalaria</b></p> <p>Incluye hospitalización de pacientes en estado agudo, rehabilitación hospitalaria, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria comienza el día en que es admitido formalmente en el hospital con una orden del médico. El día anterior al alta es su último día de su estancia como paciente hospitalizado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario)</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales</li> <li>• Servicios regulares de enfermería</li> <li>• Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios)</li> <li>• Fármacos y medicamentos</li> <li>• Pruebas de laboratorio</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios</li> <li>• Uso de artículos como sillas de ruedas</li> <li>• Costos de la sala de operaciones y la sala de recuperación</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>• Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Los siguientes son montos definidos por Medicare para 2022.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deducible de \$1,556 por período de beneficio</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 1–60 por período de beneficio</li> <li>• \$389 de copago por día para los días 61–90 por período de beneficio</li> </ul> <p>Un período de beneficio comienza el día en el que es admitido como paciente hospitalizado y finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria durante 60 días continuos.</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar ubicados fuera del área de servicio.</li></ul>	

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención hospitalaria (continuación)</b></p> <p>Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede optar por ir a un centro local siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si nuestro plan brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en esta ubicación distante, haremos los arreglos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.</li> <li>• Servicios médicos</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe extender una orden para admitirlo formalmente en el hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se lo considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe consultarle al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en la web <a href="http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">en <u>www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</u></a> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Si obtiene atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se establezca su afección de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención de salud mental hospitalaria</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una estancia en el hospital. Nuestro plan cubre hasta 90 días en un centro psiquiátrico cubierto para pacientes hospitalizados.</p> <p>Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, un nuevo período de beneficios comenzará. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Existe un límite de beneficio de 190 días de por vida para los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de por vida de 190 días para servicios de atención de salud mental hospitalaria no se aplica a los servicios de salud mental provistos en un hospital general.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Los siguientes son montos definidos por Medicare para 2022.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deducible de \$1,556 por período de beneficio beneficio</li> <li>• \$0 de copago por día para los días 1–60 por período de beneficio</li> <li>• \$389 de copago por día para los días 61–90 por período de beneficio</li> </ul> <p>20% de coseguro del monto permitido por Medicare para la visita grupal o individual ambulatoria</p> <p>Un período de beneficio comienza el día en el que es admitido como paciente hospitalizado y finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria durante 60 días continuos.</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</b></p> <p>Si ha agotado sus beneficios de paciente hospitalizado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos dicha hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos</li> <li>• Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio)</li> <li>• Terapia de rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios para técnicos</li> <li>• Apósitos quirúrgicos</li> <li>• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones</li> <li>• Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean dentales) que reemplazan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o total o parcialmente la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o que funciona mal de forma permanente, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos</li> <li>• Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente</li> <li>• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Debe pagar el costo total si permanece en un hospital o centro de enfermería especializada más tiempo del que cubre su plan.</p> <p>Pagará el costo compartido correspondiente por estos servicios como si se brindaran de forma ambulatoria. Consulte la sección de beneficios correspondiente en este cuadro.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Terapia de nutrición médica</b></p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo derive su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individualizado durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la derivación de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su derivación anualmente si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</b></p> <p>Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en virtud de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación práctica en cambios dietarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos, y mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</b></p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>Coseguro del 20%</b> del monto permitido por Medicare para medicamentos de quimioterapia</p> <p><b>Coseguro del 20%</b> del monto permitido por Medicare para otros medicamentos de la Parte B.</p> <p>Continúa haciendo pagos hasta que se alcanza el máximo de bolsillo.</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>
<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que, por lo general, el paciente no se autoadministra y que se inyectan o proporcionan mediante infusión mientras recibe los servicios de un médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o un centro quirúrgico ambulatorio</li> <li>• Medicamentos que recibe mediante equipos médicos duraderos (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan.</li> <li>• Factores de coagulación que se administran mediante inyección si tiene hemofilia</li> <li>• Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano</li> <li>• Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica, y no puede autoadministrarse el medicamento</li> <li>• Antígenos</li> </ul>	

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas</li><li>• Ciertos medicamentos para diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando es medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetina Alfa, Aranesp® o darbepoetina alfa)</li><li>• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades por inmunodeficiencia primaria</li></ul> <p>También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que los medicamentos recetados estén cubiertos. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p>	

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Transporte médico que no es de emergencia</b></p> <p>El plan cubre el transporte terrestre que no es de emergencia a través de CareCar. CareCar está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana y puede adaptarse al transporte en silla de ruedas o camilla.</p> <p>Los viajes están limitados a 25 millas, de un trayecto, dentro del área de servicio del plan para obtener atención y servicios relacionados con la salud según los beneficios del plan. Cada 25 millas se descontará un viaje.</p> <p>Para programar un viaje, llame al <b>1-844-743-4344</b> o visite <b>carecar.co/schedule</b>. Llame al menos con 36 horas de anticipación para programar viajes de rutina. Los viajes programados en menos de 24 horas se brindan en la medida de lo posible y no están garantizados.</p> <p>Recibirá una llamada de 10 a 15 minutos antes de que lo recoja el conductor o un representante de CareCar para proporcionarle un horario estimado de llegada. Las cancelaciones requieren un aviso de 24 horas; de lo contrario, se deducirá de su cuenta un viaje de un trayecto.</p> <p>Para obtener más información sobre ubicaciones aprobadas por el plan, llame a Servicio al Cliente al número impreso en la contraportada de este manual).</p>	<p><b>\$0 de copago</b> para 48 viajes de ida por año.</p>
<p> <b>Examen de detección de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</b></p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o su médico para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la detección y la terapia preventiva de la obesidad.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p data-bbox="207 363 789 432"><b>Servicios del programa de tratamiento con opioides</b></p> <p data-bbox="207 451 857 678">Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul data-bbox="256 697 899 1171" style="list-style-type: none"><li data-bbox="256 697 899 884">• Medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos.</li><li data-bbox="256 894 829 966">• Dispensación y administración de medicamentos del MAT (si corresponde)</li><li data-bbox="256 976 829 1008">• Asesoramiento sobre el uso de sustancias</li><li data-bbox="256 1018 651 1050">• Terapia individual y grupal</li><li data-bbox="256 1060 594 1092">• Pruebas de toxicología</li><li data-bbox="256 1102 618 1134">• Actividades de admisión</li><li data-bbox="256 1144 613 1171">• Evaluaciones periódicas</li></ul>	<p data-bbox="930 363 1166 394"><b>Dentro de la red:</b></p> <p data-bbox="930 434 1349 541"><b>Coseguro del 20%</b> por servicio, incluidas las sesiones de terapia grupales o individuales.</p> <p data-bbox="930 581 1247 648"><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías</li> <li>• Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros para técnicos</li> <li>• Radiología de diagnóstico avanzada (resonancia magnética Magnetic Resonance Imaging, MRI, angiografía por resonancia magnética Magnetic resonance angiography, MRA, tomografía computada por emisión de fotón único Single-photon emission computed tomography, SPECT, tomografía computarizada Computerized tomography, CT, tomografía por emisión de positrones Positron emission tomography, PET)</li> <li>• Suministros quirúrgicos, como vendajes</li> <li>• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones</li> <li>• Pruebas de laboratorio</li> <li>• Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada</li> <li>• Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>Coseguro del 20%</b> para pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Si se reciben varios servicios el mismo día y en el mismo lugar, se aplica el monto máximo de copago.</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si pueden ser dados de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se brindan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se lo considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe consultarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en la web en <a href="http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>Coseguro del 20%</b> para servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios.</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria</li> <li>• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital</li> <li>• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento hospitalario sin él</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital</li> <li>• Suministros médicos como férulas y yesos</li> <li>• Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo</li> </ul> <p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se lo considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe consultarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en la web <a href="http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> o llamando al 1-</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>Coseguro del 20%</b> para servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p><b>Atención de salud mental ambulatoria</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un médico o psiquiatra con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional de enfermería, asistente médico u otro profesional de atención de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>Coseguro del 20%</b> por sesión de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa</b></p>
<p><b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b></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 se brindan en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>Coseguro del 20%</b> para servicios cubiertos por Medicare</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>
<p><b>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen tratamiento ambulatorio y asesoramiento para servicios por abuso de sustancias.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>Coseguro del 20%</b> por sesión de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.</b></p> <p><b>Nota:</b> Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para admitirlo en un hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se lo considere un “paciente ambulatorio”.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>Coseguro del 20%</b> por visita para servicios cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>
<p><b>Servicios de hospitalización parcial</b></p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>Nota: Debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>\$55 de copago</b> por día.</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otro lugar</li> <li>• Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista</li> <li>• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico</li> <li>• Ciertos servicios de telesalud, incluidos los servicios del PCP y de especialistas <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una visita en persona o mediante una visita de telesalud. Si opta por obtener uno de estos servicios mediante visitas de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca esta opción.</li> </ul> </li> <li>• Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros que reciben diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico hospitalario, un centro de diálisis renales o en el hogar del miembro</li> <li>• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular</li> <li>• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>\$0 de copago</b> por los servicios prestados por un PCP o un especialista para los beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p><b>\$0 de copago</b> por visitas virtuales de telesalud realizadas por su PCP o especialista.</p> <p><b>Es posible que los servicios requieran autorización previa</b></p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<b>Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Los chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 a 10 minutos <b>si</b>:<ul style="list-style-type: none"><li>○ No es un paciente nuevo y</li><li>○ El chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y</li><li>○ El chequeo no conduce a una visita al consultorio en el plazo de las 24 horas o la cita más cercana disponible</li></ul></li><li>• Evaluación de videos o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas <b>si</b>:<ul style="list-style-type: none"><li>○ No es un paciente nuevo y</li><li>○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y</li><li>○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más cercana disponible.</li></ul></li><li>• Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico</li><li>• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía</li><li>• Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes destinada a preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos cuando son proporcionados por un médico)</li></ul>	

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de podiatría</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos)</li> <li>• Cuidado de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>Coseguro del 20%</b> por visita para servicios de podiatría cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>
<p> <b>Exámenes de detección de cáncer de próstata</b></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"> <li>• Examen rectal digital</li> <li>• Prueba de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de PSA anual.</p> <p><b>\$0 de copago</b> para un examen rectal digital.</p>
<p><b>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</b></p> <p>Dispositivos (que no sean dentales) para reemplazar total o parcialmente 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 protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y reparación o reemplazo de dispositivos protésicos. También incluye cierta cobertura después de la extracción o la cirugía de cataratas; consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>Coseguro del 20%</b> para dispositivos protésicos y suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una derivación para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>Coseguro del 20%</b> para cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta.</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>
<p> <b>Detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</b></p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que consumen alcohol en exceso pero no son dependientes de él.</p> <p>Si obtiene un resultado positivo para la prueba de abuso de alcohol, puede recibir hasta 4 breves sesiones de asesoramiento individualizado por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria calificado o un practicante en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento cubiertos por Medicare para reducir el abuso de alcohol.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (low dose computed tomography, LDCT)</b></p> <p>Para las personas calificadas, se cubre LDCT cada 12 meses.</p> <p><b>Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos:</b> tener entre 55 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 30 paquetes/año y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas</b></p> <p>Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones personales superintensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las proporciona un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección de ITS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios para tratar enfermedades renales</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida.</li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3)</li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es admitido en un hospital para recibir atención especial)</li> <li>• Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar)</li> <li>• Equipo y suministros de diálisis en el hogar</li> <li>• Ciertos servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua)</li> </ul> <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>Coseguro del 20%</b> para servicios de educación sobre enfermedades renales</p> <p><b>Coseguro del 20%</b> del monto permitido por Medicare para cada tratamiento de diálisis cubierto por Medicare. Esto incluye visitas tanto a profesionales (visitas a la clínica de diálisis del nefrólogo) como a los centros de diálisis.</p> <p>La diálisis recibida como paciente hospitalizado estará cubierta por su beneficio de internación en el hospital</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención en centro de enfermería especializada (SNF)</b></p> <p>(Para obtener una definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este manual. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan “SNF”).</p>	
<p><b>Atención en centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</b></p> <p>Tiene cobertura durante 100 días por período de beneficios. No es obligatorio contar con una hospitalización previa. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, un nuevo período de beneficios comenzará. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario)</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales</li> <li>• Servicios de enfermería especializada</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>• Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre)</li> <li>• Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Los siguientes son montos definidos por Medicare para 2022.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día para los días 1–20 de cada período de beneficios</li> <li>• \$194.50, por día para los días 21–100 de cada período de beneficios</li> </ul> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p> <p><b>No es obligatorio contar con una hospitalización previa.</b></p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>comienza con la primera pinta de sangre que necesita.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los SNF</li><li>• Pruebas de laboratorio que normalmente realizan los SNF</li><li>• Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente brindan los SNF</li><li>• Uso de aparatos como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los SNF</li><li>• Servicios de médicos/profesionales</li></ul>	
<p><b>Atención en centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</b></p> <p>Por lo general, recibirá la atención de un SNF en los centros de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago del plan.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro de atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde atención en un centro de enfermería especializada)</li><li>• Un SNF donde vive su cónyuge al momento de salir del hospital</li></ul>	

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> <b>Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</b></p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.</p> <p><u>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos</b></p> <p>Los miembros con enfermedades crónicas pueden ser elegibles para beneficios suplementarios adicionales</p> <p><b>Beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos (continuación)</b></p> <p>cuando participan en el Programa de administración de la atención del plan.</p> <p>Las afecciones incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos cardiovasculares</li> <li>• Insuficiencia cardíaca crónica</li> <li>• Demencia</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Enfermedad hepática en etapa terminal</li> <li>• Enfermedad renal en etapa terminal</li> <li>• VIH/sida</li> <li>• Trastornos pulmonares crónicos</li> <li>• Afecciones de salud mental crónicas e</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Debe utilizar los proveedores contratados del plan.</p> <p><u>Beneficio de comida</u>  <b>\$0 de copago</b> para la entrega de comidas a domicilio por hasta 84 comidas por año después de una hospitalización.</p> <p><u>Comestibles</u>  <b>\$0 de copago</b> para artículos comestibles elegibles con un límite de 25 por mes que no se transfiere al mes siguiente.</p> <p><u>Beneficios de necesidades sociales</u>  <b>\$0 de copago</b> por servicios de compañía prestados por cuidadores personales no clínicos. Servicios limitados a 24 turnos de cuatro horas (96 horas en total).</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>incapacitantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos neurológicos</li> <li>• Accidente cerebrovascular</li> </ul> <p>Para ser elegibles, los miembros con enfermedades crónicas deben participar en programas y actividades de gestión de casos con metas definidas y medidas de resultado.</p> <p>Las evaluaciones de seguridad en el hogar están limitadas a los criterios de riesgo para caídas y desafíos de marcha, equilibrio o agilidad.</p> <p>No todos los miembros calificarán para estos beneficios suplementarios especiales.</p>	<p><u>Servicio de telemonitorización</u>  <b>\$0 de copago</b> por el uso de dispositivos de monitoreo remoto.</p> <p><u>Evaluación de seguridad en el hogar</u>  <b>\$0 de copago</b> por hasta dos evaluaciones por año.</p> <p><u>Servicios de asistencia a domicilio</u>  <b>\$0 de copago</b> por servicios de asistencia con las actividades de la vida diaria.</p> <p><u>Asistencia para los cuidadores</u>  <b>\$0 de copago</b> por cuidado de relevo, limitado a 40 horas de cuidado por año.  Clever Care Health Plan debe certificar la elegibilidad para estos beneficios de modo que pueda recibir cualquiera de estos servicios.</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET)</b></p> <p>La SET está cubierta para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática y una derivación por la PAD del médico responsable del tratamiento para la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación.</li> <li>• Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico.</li> <li>• Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD.</li> <li>• Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, profesional/especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.</li> </ul> <p>La SET puede cubrirse más allá de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>Coseguro del 20%</b> para cada visita.</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios necesitados urgentemente</b></p> <p>Los servicios necesitados urgentemente se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios necesitados urgentemente pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente.</p> <p>El costo compartido por los servicios necesitados urgentemente prestados fuera de la red es el mismo que el de dichos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Cobertura mundial.</p>	<p><b>\$25 de copago</b> para cada servicio necesitado urgentemente</p> <p>El copago se exime si es admitido como paciente hospitalizado en el plazo de 72 horas por la misma afección.</p> <p>Existe un límite combinado de cobertura anual del plan de \$100,000 para servicios de emergencia y urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios.</p> <p><b>\$0 de copago</b> para cada servicio necesitado urgentemente fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p>
<p> <b>Atención de la visión</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto.</li> <li>• Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más.</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p><b>Coseguro del 20%</b> por cada examen de la vista cubierto por Medicare para tratar una afección ocular.</p> <p><b>\$0 de copago</b> para exámenes de detección de glaucoma cubiertos por Medicare</p> <p><b>\$0 de copago</b> por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.</p> <p><b>Los servicios requieren autorización previa.</b></p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para las personas con diabetes, las pruebas de detección de retinopatía diabética están cubiertas una vez al año.</li> <li>• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía).</li> </ul> <p>Además de los servicios de la vista médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare, nuestro plan ofrece los siguientes servicios de atención de la vista de rutina a través de la red EyeMed:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de la vista de rutina, incluida la refracción, limitado a uno por año.</li> <li>• Anteojos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ anteojos (marcos y lentes), o</li> <li>○ lentes de contacto, o</li> <li>○ lentes para anteojos, o</li> <li>○ marcos para anteojos.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>\$0 de copago</b> para 1 examen de la vista de rutina</p> <p>Para los servicios de atención de la vista de rutina, debe acudir a un proveedor participante de <b>EyeMed</b>.</p> <p>El plan proporciona una asignación de <b>\$300</b> cada año para ayudar a pagar anteojos y lentes de contacto.</p> <p>Una vez que el plan paga la asignación máxima de beneficios por los servicios de la vista, usted es responsable de los costos remanentes.</p> <p><b>\$0 de copago</b> para anteojos hasta el monto de la asignación.</p>
<p> <b>Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”</b></p> <p>El plan cubre la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” por única vez. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p><b>Importante:</b> Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” solo en el plazo de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)****SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?****Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)**

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan. Si un servicio está “excluido”, significa que este plan no cubre el servicio.

El cuadro a continuación enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna condición o están cubiertos solo en condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se enumeran en el cuadro a continuación, excepto en las condiciones específicas enumeradas. La única excepción: pagaremos si, tras una apelación, se determina que un servicio del cuadro siguiente es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este manual).

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios se describen en el Cuadro de beneficios o en el cuadro a continuación.

Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos no estarán cubiertos y nuestro plan no los pagará.

<b>Servicios que no están cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubierto en ninguna situación</b>	<b>Cubierto solo en situaciones específicas</b>
Cirugía o procedimientos cosméticos		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cubierto en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo con malformaciones.</p> <p>Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de un mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectado para producir una apariencia simétrica.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que no están cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubierto en ninguna situación</b>	<b>Cubierto solo en situaciones específicas</b>
<p>La atención de custodia es la atención que se brinda en un hogar de ancianos, un centro de hospicio u otro centro de atención cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada.</p> <p>La atención de custodia es la atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.</p>	✓	
<p>Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales.</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinan que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Puede estar cubierto por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
<p>Las tarifas cobradas por el cuidado de sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.</p>	✓	
<p>Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.</p>	✓	

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No cubierto en ninguna situación	Cubierto solo en situaciones específicas
Comidas a domicilio		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Esto está cubierto en virtud de nuestros beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos. No todos los miembros calificarán para estos beneficios suplementarios especiales. Consulte el cuadro de beneficios médicos anterior para obtener más detalles.</p>
Los servicios de empleada doméstica incluyen asistencia básica en el hogar, como tareas domésticas o preparación de comidas ligeras.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Esto está cubierto en virtud de nuestros beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos. No todos los miembros calificarán para estos beneficios suplementarios especiales. Consulte el cuadro de beneficios médicos anterior para obtener más detalles.</p>
Zapatos ortopédicos		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Si los zapatos son parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico, o los zapatos son para una persona con enfermedad del pie diabético.</p>
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Habitación privada en un hospital.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cubierto solo cuando sea médicamente necesario.</p>
Procedimientos de reversión de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta.	✓	

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No cubierto en ninguna situación	Cubierto solo en situaciones específicas
Atención quiropráctica de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir la subluxación.</p>
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.	✓	
Atención de rutina de los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Alguna cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).</p>
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	✓	
Dispositivos de apoyo para los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.</p>
Cirugía o procedimientos cosméticos		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cubierto en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo con malformaciones.</p> <p>Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de un mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectado para producir una apariencia simétrica.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

<b>Servicios que no están cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubierto en ninguna situación</b>	<b>Cubierto solo en situaciones específicas</b>
<p>La atención de custodia es la atención que se brinda en un hogar de ancianos, un centro de hospicio u otro centro de atención cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada.</p> <p>La atención de custodia es la atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.</p>	✓	

# CAPÍTULO 5

*Cómo usar la cobertura del plan para  
sus medicamentos recetados de la  
Parte D*

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

### **Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>128</b>
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D .....	128
Sección 1.2	Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan	128
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a mediante el servicio de farmacia de pedido por correo .....</b>	<b>129</b>
Sección 2.1	Para que sus medicamentos recetados estén cubiertos, utilice una farmacia de la red .....	129
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red.....	129
Sección 2.3	Cómo usar el servicio de farmacia de pedido por correo del plan .....	130
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?.....	132
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?.....	132
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Sus medicamentos deben encontrarse en la “Lista de medicamentos” del plan .....</b>	<b>133</b>
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos .....	133
Sección 3.2	Hay seis “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos .....	134
Sección 3.3	¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? .....	135
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos. ....</b>	<b>135</b>
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?.....	135
Sección 4.2	¿Qué tipo de restricciones existen? .....	136
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? .....	137
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que le gustaría? .....</b>	<b>137</b>
Sección 5.1	Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma que le gustaría .....	137
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera? .....	138
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto?.....	140

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

<b>SECCIÓN 6</b>	<b>¿Qué sucede si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia? .....</b>	<b>141</b>
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año .....	141
Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando? .....	142
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan? .....</b>	<b>144</b>
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos .....	144
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta .....</b>	<b>146</b>
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de membresía .....	146
Sección 8.2	¿Qué pasa si no lleva su tarjeta de membresía con usted? .....	146
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales .....</b>	<b>146</b>
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta por el plan? .....	146
Sección 9.2	¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)? .....	147
Sección 9.3	¿Qué sucede si también obtiene cobertura de medicamentos de un empleador o un plan grupal de jubilados? .....	147
Sección 9.4	¿Qué pasa si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare? .....	148
<b>SECCIÓN 10</b>	<b>Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos .....</b>	<b>149</b>
Sección 10.1	Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura .....	149
Sección 10.2	Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides .....	149
Sección 10.3	Programa de administración de tratamientos con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos .....	150

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

### ¿Sabía que existen programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos?

El programa de “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

### ¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información incluida en esta *Evidencia de Cobertura acerca de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D* no se aplica a usted.** Le enviamos un inserto separado que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicio al Cliente y solicite la “Cláusula adicional de LIS”. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este manual).

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

### SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo **explica las normas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D**. El siguiente capítulo le indica lo que paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de su cobertura para medicamentos de la Parte D, Clever Care Balance Medicare Advantage también cubre algunos medicamentos en virtud de los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que recibe durante estancias cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de su cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos que incluyen ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una visita al consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos qué está cubierto y qué paga usted*) se le informa sobre los beneficios y costos de los medicamentos durante una estancia cubierta en un hospital o centro de enfermería especializada, así como sus beneficios y costos por los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si se encuentra en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal y afecciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4. (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*). Para obtener información sobre la cobertura de hospicio, consulte la sección de hospicio del Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos qué está cubierto y qué paga usted*).

Las siguientes secciones tratan la cobertura de sus medicamentos según las normas de beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

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

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

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que extiende recetas) que escriba su receta.
- Su profesional que extiende recetas debe aceptar Medicare o presentar documentación ante los CMS que demuestre que está calificado para expedir recetas, o su reclamo de la Parte D será denegado. Debe consultar con sus profesionales que extienden recetas la

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

próxima vez que llame o visite si cumplen con esta condición. Si no es así, tenga en cuenta que el profesional que extiende recetas necesita tiempo para enviar la documentación necesaria para su procesamiento.

- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir sus medicamentos recetados. (Consulte la Sección 2, *Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o mediante el servicio de farmacia de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe formar parte de la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)* del plan (la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben encontrarse en la “Lista de medicamentos”*).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas).

---

### SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a mediante el servicio de farmacia de pedido por correo

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>Para que sus medicamentos recetados estén cubiertos, utilice una farmacia de la red</b>
--------------------	--

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solamente* si se obtienen en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionar 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.

<b>Sección 2.2</b>	<b>Cómo encontrar farmacias de la red</b>
--------------------	---

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de farmacias*; visite nuestro sitio web ([es.es.clevercarehealthplan.com](http://es.es.clevercarehealthplan.com)), o llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita volver a surtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor le emita una nueva receta o que transfieran su receta a su nueva farmacia de la red.

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

### ¿Qué pasa si la farmacia que ha estado usando deja de pertenecer a la red?

Si la farmacia que ha estado usando abandona la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o puede usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en [es.es.clevercarehealthplan.com/pharmacy](http://es.es.clevercarehealthplan.com/pharmacy).

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

A veces, las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de un centro de atención a largo plazo (Long-Term Facility, LTC). Por lo general, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D de forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC, que suele ser la farmacia que utiliza el centro. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias que brinden servicios al Programa del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal o un programa de salud para indígenas urbanos (no está disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los indígenas americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un control especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para localizar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de farmacias* o llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

<b>Sección 2.3</b>	<b>Cómo usar el servicio de farmacia de pedido por correo del plan</b>
--------------------	--

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de farmacia de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través de pedidos por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados con un asterisco en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de farmacia de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de 30 días del medicamento **como mínimo y un suministro de 90 días como máximo**.

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio web (el número de teléfono y el sitio web se encuentran en la contraportada de este manual).

Por lo general, recibirá un pedido de una farmacia de pedidos por correo en no más de 10 días. Si su pedido se retrasa, llame a Servicio al Cliente al número que figura en la contraportada de este manual para obtener ayuda.

### **Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.**

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- O bien, se inscribe para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento *insertar instrucciones*.

Si recibe automáticamente por correo un medicamento recetado que no desea y no se le comunicó para ver si lo quería antes de que se le enviara, es posible que sea elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros *insertar instrucciones*.

Si nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o decide detener el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que obtenga una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea surtir y enviar el medicamento de inmediato. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (lo que incluye la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para que pueda informarle qué hacer con la nueva receta y evitar retrasos en el envío.

Para excluirse de las entregas automáticas de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a Servicio al Cliente al número que figura en la contraportada de este manual.

**Resurtidos de recetas mediante pedido por correo.** Para resurtidos, comuníquese con la farmacia 14 días antes de la fecha en que considere que se terminarán los medicamentos que tiene para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

De modo que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informarle cuál es la mejor manera de comunicarse con usted. Para obtener ayuda,

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

llame a Servicio al Cliente al número que figura en la contraportada de este manual.

### Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada). Puede solicitar este suministro por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** en nuestra red le permiten obtener un suministro de mantenimiento a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En su *Directorio de farmacias*, encontrará información sobre qué farmacias dentro de la red pueden proporcionarle un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
2. Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de **farmacia de pedido por correo de la red del plan**. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados con un asterisco en nuestra Lista de medicamentos. El servicio de farmacia de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de 30 días del medicamento **como mínimo y un suministro de 90 días como máximo**. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo utilizar nuestro servicio de farmacia de pedido por correo.

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

#### Sus medicamentos recetados pueden estar cubiertos en determinadas situaciones.

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solamente* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, estas son las circunstancias en las que cubriríamos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Está viajando dentro de los Estados Unidos y sus territorios, y se enferma o pierde o se queda sin sus medicamentos recetados.
- La receta es para una emergencia médica o atención de urgencia.

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

- No puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay una farmacia de la red que brinde servicio las 24 horas dentro de una distancia en automóvil de 25 millas.
- Está surtiendo una receta para un medicamento cubierto que no se encuentra en stock en una farmacia minorista accesible de la red (por ejemplo, un medicamento huérfano u otro producto farmacéutico especializado).

En estas situaciones, **consulte primero con Servicio al Cliente** para ver si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este manual). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

### ¿Cómo puede solicitar un reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo) al momento de surtir su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7 se explica cómo solicitarle al plan que le devuelva el dinero).

---

## SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben encontrarse en la “Lista de medicamentos” del plan

---

<b>Sección 3.1</b>	<b>La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos</b>
--------------------	---

El plan tiene un “*Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)*”. En esta *Evidencia de Cobertura*, lo llamamos la “**Lista de medicamentos**” para abreviar.

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

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son solo aquellos cubiertos por la Parte D de Medicare (anteriormente en este capítulo, en la Sección 1.1, se explica cuáles son los medicamentos de la Parte D).

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre que siga las otras reglas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que *cumple alguno de estos requisitos*:

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para la que se recetó).
- –O–, está respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de información DRUGDEX.

Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas afecciones médicas, pero se consideran fuera del vademécum para otras afecciones médicas. Los medicamentos que están cubiertos solo para determinadas afecciones médicas se identificarán en nuestra Lista de medicamentos y en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare), junto con las afecciones médicas específicas que cubren.

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

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, funciona tan bien como el medicamento de marca y, por lo general, cuesta menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

### Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). ¿Qué *no* se incluye en la Lista de medicamentos?

### ¿Qué *no* se incluye 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 obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.

<b>Sección 3.2</b>	<b>Hay seis “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos</b>
--------------------	---

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento:

- El nivel 1 incluye medicamentos genéricos preferidos. (*Nivel de costo más bajo*).

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

- El nivel 2 incluye medicamentos genéricos.
- El nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos.
- El nivel 4 incluye medicamentos de marca no preferidos.
- El nivel 5 incluye medicamentos del nivel de especialidad. (*Nivel de costo más alto*).
- El nivel 6 incluye medicamentos complementarios

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

El monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

### Sección 3.3 ¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Tienes dos formas de averiguarlo:

1. Visite el sitio web del plan ([es.clevercarehealthplan.com/pharmacy](https://es.clevercarehealthplan.com/pharmacy)). La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.
2. Llame a Servicio al Cliente para averiguar 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 de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este manual).

---

## SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.

---

### Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que hace que su cobertura de medicamentos sea más asequible.

En general, nuestras normas le recomiendan obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo funcione igual de bien desde el punto de vista médico como un medicamento de mayor costo, las normas del plan están diseñadas para alentarle a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de menor costo. También debemos cumplir con las normas y regulaciones de Medicare para la cobertura de medicamentos y el costo compartido.

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

**Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento.** Si desea que no le apliquemos la restricción, deberá utilizar el proceso de toma de decisiones de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar renunciar a la restricción para usted o no. (Consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que en algunas ocasiones un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores como la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; comprimidos frente a líquido).

### Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones existen?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Las secciones a continuación le brindan más información sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

#### **Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible**

Generalmente, un medicamento “genérico” funciona de la misma forma que un medicamento de marca y suele costar menos. **Cuando una versión genérica de un medicamento de marca está disponible, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica.** Por lo general, no cubriremos el medicamento de marca cuando esté disponible una versión genérica. Sin embargo, si su proveedor ha escrito “Sin sustituciones” en su receta de un medicamento de marca *o nos ha* informado el motivo médico por el que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

#### **Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado**

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrirlo. Esto se denomina “**autorización previa**”. A veces, el requisito de obtener aprobación por adelantado ayuda a orientar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

#### **Probar un medicamento diferente primero**

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, es posible que el plan requiera que pruebe el

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina “**terapia escalonada**”.

### Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día para un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

<b>Sección 4.3</b>	<b>¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?</b>
--------------------	---

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o visite nuestro sitio web ([es.clevercarehealthplan.com/pharmacy](http://es.clevercarehealthplan.com/pharmacy)).

**Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento.** Si existe una restricción sobre el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con Servicio al Cliente para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que no le apliquemos la restricción, deberá utilizar el proceso de toma de decisiones de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar renunciar a la restricción para usted o no. (Consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

---

## SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que le gustaría?

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma que le gustaría</b>
--------------------	---

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Sin embargo, es posible que haya un medicamento recetado que esté tomando actualmente o uno que usted y su proveedor consideren que debería tomar y que no se encuentre en nuestro vademécum o que se encuentre en nuestro vademécum con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O tal vez se cubra una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que desea tomar no lo esté.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales sobre la cobertura de ese medicamento. Como se explica en la Sección 4, algunos de los

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

medicamentos cubiertos por el plan tienen normas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, es posible que deba probar primero un medicamento diferente para ver si funciona, antes de que se cubra el medicamento que desea tomar. O bien, puede haber límites en la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que se cubre durante un tiempo en particular. En algunos casos, es posible que desee que eliminemos la restricción.

- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que cree que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los seis niveles de costo compartido diferentes. La cantidad que paga por su receta depende en parte del nivel de costo compartido en el que se encuentra su medicamento.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- 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.
- Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más alto de lo que cree que debería ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

<b>Sección 5.2</b>	<b>¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera?</b>
--------------------	--

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

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud para que se cubra el medicamento deseado.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones.

### Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no esté en la Lista de medicamentos o cuando esté restringido de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

De modo que pueda ser elegible para un suministro temporal, debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

### 1. El cambio en su cobertura de medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos de cambios:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- –O– el medicamento que ha estado tomando **ahora está restringido de alguna manera** (en la Sección 4 de este capítulo informa sobre las restricciones).

### 2: Debe encontrarse en una de las situaciones que se describen a continuación:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado:**  
Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si es nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta fue extendida por menos días, le permitiremos múltiples reposiciones para proporcionar como máximo un suministro de medicamento para 30 días. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de un centro de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el desperdicio).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días, residen en un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC) y necesita un suministro de inmediato:**  
Cubriremos un suministro de 31 días de un medicamento en particular, o menos, si su receta es para menos días. Esto se suma a la situación de suministro temporal anterior.
- **Para los miembros actuales del plan que se están trasladando de un centro de atención de largo plazo (LTC) o de una estancia en el hospital a casa y necesitan un suministro de transición de inmediato:**  
Cubriremos un suministro para 30 días, o menos si su receta está redactada para menos días (en cuyo caso le permitimos múltiples surtidos para brindar un suministro total de hasta 30 días del medicamento).
- **Para los miembros actuales del plan que se están trasladando de la casa o una estancia en el hospital a un centro de atención de largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de transición de inmediato:**  
Cubriremos un suministro para 31 días, o menos si su receta está redactada para menos días (en cuyo caso le permitimos múltiples surtidos para brindar un suministro total de hasta 31 días del medicamento).

Para solicitar un suministro temporal, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

Durante el tiempo en que reciba un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando este se agote. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual. Las secciones siguientes le brindan más información sobre estas opciones.

### Puede cambiar a otro medicamento

Empiece por hablar con su proveedor. Quizá haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio al Cliente para solicitar una lista de los 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. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este manual).

### Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría. Si su proveedor afirma que tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O bien, puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es un miembro actual y un medicamento que está tomando se eliminará del vademécum o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción al vademécum por adelantado para el próximo año. Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en el plazo de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de respaldo de su médico). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 encontrará información sobre qué hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje con prontitud y de manera justa.

<b>Sección 5.3</b>	<b>¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto?</b>
--------------------	--

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

### Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto, comience por hablar con su proveedor. Quizás exista un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio al Cliente para solicitar una lista de los 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. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este manual).

### Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor afirma que tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 encontrará información sobre qué hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje con prontitud y de manera justa.

Los medicamentos de nuestro Nivel 5 de especialidad no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto del costo compartido de los medicamentos de este nivel.

---

## SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia?

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año</b>
--------------------	--

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren al comienzo de cada año (el 1.º de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Suelen surgir medicamentos nuevos, incluidos medicamentos genéricos nuevos. Quizás el gobierno haya aprobado un nuevo uso de un medicamento existente. En algunas ocasiones, se retira un medicamento y decidimos no cubrirlo. O bien, podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se ha descubierto que es ineficaz.
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción a la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones a la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

- **Reemplazar un medicamento de marca con un medicamento genérico.**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos del plan.

<b>Sección 6.2</b>	<b>¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?</b>
--------------------	---

### Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web al respecto. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea de forma periódica para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, indicamos las veces que recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando en ese momento. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

### ¿Los cambios en su cobertura de medicamentos lo afectan de inmediato?

Cambios que le pueden afectar este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año.

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambos)**
  - Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca incluido en nuestra lista de medicamentos si lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico recientemente aprobado del mismo tipo que aparezca con el mismo nivel de costos compartidos, o con un costo compartido menor y con las mismas restricciones, o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero pasarlo inmediatamente a un nivel de costos compartidos más alto, o agregar nuevas restricciones, o ambos.
  - Es posible que no le avisemos con anticipación antes de realizar ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.
  - Usted o la persona que emite la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*).
  - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

hicimos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir de modo que pueda solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.

- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - De vez en cuando, un medicamento puede ser retirado repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o se ha retirado del mercado por otra razón. Si esto sucede, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos del cambio de inmediato.
  - Su médico también conocerá este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos**
  - Es posible que hagamos otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca, o cambiarlo a otro nivel de costos compartidos, o agregar nuestras restricciones al medicamentos de marca. También podríamos hacer cambios en función de las advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos enviarle un aviso del cambio con al menos 30 días de anticipación o proporcionarle un aviso del cambio y un resurtido de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
  - Después de recibir la notificación del cambio, debe trabajar con su médico para cambiar a un medicamento diferente que sí esté cubierto.
  - O bien, usted o la persona encargada de extender la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*).

**Cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento:** Para los cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente, si actualmente está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1.º de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si ponemos una nueva restricción a su uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios ocurre para un medicamento que está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza un medicamento de marca u

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo hasta el 1.º de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional al uso del medicamento. Este año no recibirá un aviso directo sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1.º de enero del próximo año, los cambios lo afectarán y es importante que consulte la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios para ver si existen cambios en los medicamentos.

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

#### Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo. No pagaremos los medicamentos que se enumeran en esta sección (excepto ciertos medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cobertura de medicamentos mejorada). La única excepción es la siguiente: Si, tras una apelación, se determina que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido de la Parte D y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 de este manual).

A continuación, se incluyen tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en virtud de la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. El “uso para una indicación no autorizada” es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
  - Por lo general, la cobertura del “uso para una indicación no autorizada” se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de información DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por ninguna de estas referencias, nuestro plan no puede cubrir su “uso para una indicación no autorizada”.

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

Además, por ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos de venta sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos cuando se usan para promover la fecundidad
- Medicamentos cuando se usan para aliviar la tos o los síntomas de resfríos
- Medicamentos cuando se usan con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones fluoradas
- Medicamentos cuando se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos cuando se usan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante busca exigir que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se compren exclusivamente a través del fabricante como condición de venta

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados complementarios que no están normalmente cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare (cobertura de medicamentos mejorada). Estos son medicamentos enumerados en el Nivel 6 de medicamentos suplementarios, es decir, medicamentos que se usan para tratar la disfunción eréctil. El monto que paga cuando surte una receta para estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura catastrófica. (La Etapa de cobertura catastrófica se describe en la Sección 7 del Capítulo 6 de este manual).

Además, si usted **recibe “Ayuda adicional” de Medicare** para pagar sus medicamentos recetados, el programa de “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Consulte la Lista de medicamentos del plan o llame a Servicio al Cliente para obtener más información. Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este manual). Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

### SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta

---

<b>Sección 8.1</b>	<b>Muestre su tarjeta de membresía</b>
--------------------	--

Para surtir su receta, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire sus medicamentos recetados.

<b>Sección 8.2</b>	<b>¿Qué pasa si no lleva su tarjeta de membresía con usted?</b>
--------------------	---

Si no lleva su tarjeta de membresía del plan con usted cuando surte su receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total de los medicamentos recetados cuando los retire**. (Entonces puede **pedirnos que le reembolsemos** por nuestra parte. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

---

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

---

<b>Sección 9.1</b>	<b>¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta por el plan?</b>
--------------------	--

Si ingresa en un hospital o en 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 salga del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan sobre 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 por ellos.

Tenga en cuenta lo siguiente: Cuando ingresa, vive o sale de un centro de enfermería especializada, tiene derecho a un período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (En el Capítulo 10, *Cancelación de su membresía en el plan*, se le informa cuándo puede abandonar nuestro plan e inscribirse en un plan de Medicare diferente).

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

### Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre que sea parte de nuestra red.

Revise su *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

### ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y se convierte en un nuevo miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será de un máximo de 31 días, o menos si su receta es para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de un centro de atención a largo plazo LTC puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el desperdicio). Si ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días o menos si su receta es para menos días.

Durante el tiempo en que reciba un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando este se agote. Quizá haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 encontrará información sobre qué hacer.

### Sección 9.3 ¿Qué sucede si también obtiene cobertura de medicamentos de un empleador o un plan grupal de jubilados?

¿Tiene actualmente otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? Si es así, comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Esta persona puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos recetados actual junto con nuestro plan.

En general, si está empleado actualmente, la cobertura de medicamentos recetados que obtenga de nosotros será *secundaria* con respecto a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que su cobertura grupal pagará primero.

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

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

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

Si la cobertura del plan grupal es “**acreditable**”, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándares de Medicare.

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

<b>Sección 9.4</b>	<b>¿Qué pasa si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</b>
--------------------	---

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, laxante, analgésico o ansiolítico que no está cubierto por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que extiende recetas o su proveedor del hospicio que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que deberían estar cubiertos por nuestro plan, puede pedirles a su proveedor del hospicio o al profesional que extiende recetas que se asegure de que recibamos la notificación donde se indique que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a una farmacia que surta su receta.

En caso de que revoque su elección de hospicio o sea dado de alta, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar retrasos en una farmacia cuando finalice su beneficio de hospicio de Medicare, debe traer documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan sobre las normas para obtener cobertura de medicamentos en virtud de la Parte D. 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 debe pagar.

**Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

---

**SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos**

---

**Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura**

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que receta sus medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros de forma regular. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como los siguientes:

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque 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 podrían dañarlo si se toman al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades peligrosas de analgésicos opioides

Si vemos un posible problema en el uso de sus medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregirlo.

**Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides**

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y medicamento necesario. Si, al trabajar con sus médicos, decidimos que el uso de opioides o benzodiazepinas recetados no es seguro, podemos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser las siguientes:

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas en determinadas farmacias
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de un médico determinado
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted

Si creemos que una o más de estas limitaciones deberían aplicarse a usted, le enviaremos una carta por adelantado. La carta contendrá información que explique las limitaciones que creemos que deberían aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta donde se confirme la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de uso indebido de medicamentos recetados o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a solicitarnos una apelación. Si elige apelar, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que el DMP no se aplique a usted si tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes, está recibiendo atención de hospicio, cuidados paliativos o atención al final de la vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

<b>Sección 10.3</b>	<b>Programa de administración de tratamientos con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos</b>
---------------------	--

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a asegurar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama programa Administración de tratamientos con medicamentos (MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos de medicamentos, o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le brindará una revisión completa de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Obtendrá un resumen escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que

**Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

---

recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos, con espacio para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea tener una revisión de sus medicamentos antes de su visita anual de “Bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y la lista de medicamentos. Tenga su plan de acción y la lista de medicamentos con usted durante su visita o cuando hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica de su equipo de atención. Además, lleve consigo su lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

# CAPÍTULO 6

*Lo que usted paga por sus  
medicamentos recetados de la  
Parte D*

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

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>155</b>
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con los demás materiales que explican su cobertura de medicamentos. ....	155
Sección 1.2	Tipos de costos de bolsillo que podría pagar por los medicamentos cubiertos .....	156
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento.....</b>	<b>156</b>
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Clever Care Balance Medicare Advantage?.....	156
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentran.....</b>	<b>158</b>
SECCIÓN 3.1	Le enviamos un resumen mensual llamado Explicación de Beneficios de la Parte D (la “EOD de la Parte D”).....	158
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre los pagos de sus medicamentos.....	158
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos de la Etapa 2 a la Etapa 5.....</b>	<b>160</b>
Sección 4.1	Usted permanece en la Etapa del deducible hasta haber pagado \$480 por los medicamentos de la Etapa 2 a la Etapa 5.....	160
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga la suya .....</b>	<b>160</b>
Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte su receta .....	160
Sección 5.2	Un cuadro que muestra los costos de un suministro de <i>un mes</i> de un medicamento .....	161
Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro para todo el mes... ..	163
Sección 5.4	Un cuadro que muestra los costos de un suministro <i>a largo plazo</i> (de 90 días) de un medicamento.....	164
Sección 5.5	Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que alcanza el costo total de sus medicamentos para el año de \$4,430.....	166

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

---

<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Durante la Etapa del período sin cobertura, el plan proporciona cierta cobertura de medicamentos .....</b>	<b>167</b>
Sección 6.1	Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que sus costos de bolsillo alcancen \$7,050 .....	167
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo por medicamentos recetados .....	167
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos .....</b>	<b>170</b>
Sección 7.1	Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año.....	170
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Lo que usted paga por las vacunas cubiertas en virtud de la Parte D depende de cómo y dónde las obtenga .....</b>	<b>170</b>
Sección 8.1	Nuestro plan puede tener una cobertura aparte para el medicamento de la vacuna de la Parte D en sí y por el costo de administrarle la vacuna.....	170
Sección 8.2	Es posible que desee llamarnos a Servicio al Cliente antes de recibir una vacuna.....	172

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

---

**¿Sabía que existen programas para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos?**

El programa de “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

**¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?**

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información incluida en esta *Evidencia de Cobertura acerca de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D* podría no aplicarse a usted.** Le enviamos un inserto separado que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicio al Cliente y solicite la “Cláusula adicional de LIS”. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este manual).

---

**SECCIÓN 1      Introducción**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Utilice este capítulo junto con los demás materiales que explican su cobertura de medicamentos.</b>
--------------------	--

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, usamos “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Tal como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los conceptos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué normas debe seguir cuando obtenga sus medicamentos cubiertos. Los siguientes son materiales que explican estos conceptos básicos:

- **La Lista de medicamentos Cubiertos (*Vademécum*) del plan.** Para simplificar las cosas, la llamamos “Lista de medicamentos”.
  - Esta Lista de medicamentos le indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
  - También le indica en cuál de los seis “niveles de costo compartido” se encuentra el medicamento y si existe alguna restricción en su cobertura para el medicamento.
  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). También

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

---

puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en [es.clevercarehealthplan.com](http://es.clevercarehealthplan.com). La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.

- **Capítulo 5 de este manual.** El Capítulo 5 brinda detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluidas las reglas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- **El Directorio de farmacias del plan.** En la mayoría de las situaciones, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). El *Directorio de farmacias* contiene una lista de farmacias en la red del plan. También le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de un medicamento (como surtir una receta para un suministro de tres meses).

<b>Sección 1.2</b>	<b>Tipos de costos de bolsillo que podría pagar por los medicamentos cubiertos</b>
--------------------	--

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de bolsillo que podría pagar por sus servicios cubiertos. El monto que paga por un medicamento se denomina “costo compartido” y es posible que se le solicite que pague de tres maneras.

- El “**deducible**” es la cantidad que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- “**Copago**” significa que paga una cantidad fija cada vez que surte una receta.
- “**Coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

---

<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento</b>
------------------	--

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Clever Care Balance Medicare Advantage?</b>
--------------------	--

Tal como se muestra en el cuadro a continuación, existen “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados en virtud de Clever Care Balance Medicare Advantage. La cantidad que paga por un medicamento depende de la etapa en la que se encuentre al momento de surtir o resurtir una receta. Tenga en cuenta que siempre es responsable de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago de los medicamentos.

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

<b>Etapa 1</b> <i>Etapa de deducible anual</i>	<b>Etapa 2</b> <i>Etapa de cobertura inicial</i>	<b>Etapa 3</b> <i>Etapa del período sin cobertura</i>	<b>Etapa 4</b> <i>Etapa de cobertura catastrófica</i>
<p>Empieza en esta etapa de pago cuando surte su primera receta del año.</p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos de la Etapa 2 a la Etapa 5.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$480 por los medicamentos de la Etapa 2 a la Etapa 5 (\$480 es la cantidad de su deducible de la Etapa 2 a la Etapa 5). (Los detalles se encuentran en la Sección 4 de este capítulo).</p> <p>Durante la etapa, sus costos de bolsillo por determinadas insulinas serán de \$0 a \$35.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 1 a Nivel 6 y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Después de que usted (u otros en su nombre) hayan alcanzado el deducible de la Etapa 2 a la Etapa 5, el plan paga lo que le corresponde de los costos compartidos de los medicamentos de la Etapa 1 a la Etapa 6 y usted paga su parte.</p> <p>Durante la etapa, sus costos de bolsillo por determinadas insulinas serán de \$0 a \$35.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta alcanzar los “<b>costos totales de medicamentos</b>” (sus pagos más los pagos del plan de la Parte D) totales del año en curso de \$4,430.</p> <p>(Los detalles se encuentran en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p>Para los medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1 y los medicamentos genéricos de Nivel 2, usted paga un copago de \$0.</p> <p>Para todos los medicamentos genéricos, de marca y especializados, paga el 25% del precio (más una parte de la tarifa de dispensación).</p> <p>Durante la etapa, sus costos de bolsillo por determinadas insulinas serán de \$0 a \$35.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta alcanzar los “<b>costos de bolsillo</b>” (sus pagos) totales del año en curso de \$7,050. Medicare ha establecido este monto y las normas para contabilizar los costos para este monto.</p> <p>(Los detalles se encuentran en la Sección 6 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, <b>el plan pagará la mayor parte del costo</b> de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2022).</p> <p>(Los detalles se encuentran 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 encuentran

---

<b>SECCIÓN 3.1</b>	<b>Le enviamos un resumen mensual llamado Explicación de Beneficios de la Parte D (la “EOD de la Parte D”)</b>
--------------------	--

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que ha realizado al recibir sus medicamentos recetados o resurtirlos en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se llama su costo **“de bolsillo”**.
- Realizamos un seguimiento de sus **“costos totales de medicamentos”**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un resumen escrito llamado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (a veces se denomina “EOB de la Parte D”) cuando ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con su médico sobre estas opciones de menor costo. La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes.** Este informe brinda los detalles de pago de las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Costos totales del año desde el 1.º de enero.** A esto se le llama información “del año en curso”. Le muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual desde el primer surtido para cada declaración de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con costos compartidos más bajos para cada declaración de receta que pueda estar disponible.

<b>Sección 3.2</b>	<b>Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre los pagos de sus medicamentos</b>
--------------------	--

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza por ellos, utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

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

---

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando surta una receta.** Para asegurarse de que conozcamos cuáles son las recetas que está surtiendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que surta una receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que en ocasiones pague por medicamentos recetados cuando no obtengamos automáticamente la información que necesitamos para realizar un seguimiento de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo, puede proporcionarnos copias de los recibos de los medicamentos que haya comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte la Sección 2 del Capítulo 7 de este manual). A continuación, se incluyen algunos tipos de situaciones en las que es posible que desee darnos copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
  - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando realizó un copago por medicamentos que se proporcionan en el marco de un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
  - En cualquier momento en que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras ocasiones en las que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado por usted.** Los pagos realizados por determinadas personas y organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de Asistencia con Medicamentos para el Sida (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus costos de bolsillo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviarnoslos para que podamos rastrear sus costos.
- **Consulte el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *Explicación de beneficios de la Parte D* (una “EOB de la Parte D”) en el correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

---

## **SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos de la Etapa 2 a la Etapa 5**

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>Usted permanece en la Etapa del deducible hasta haber pagado \$480 por los medicamentos de la Etapa 2 a la Etapa 5</b>
--------------------	---

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Pagará un deducible anual de \$480 en los medicamentos de la Etapa 2 a la Etapa 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de la Etapa 2 a la Etapa 5** hasta alcanzar el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible y empezará a recibir la cobertura inmediatamente.

- En general, el “**costo total**” es inferior al precio total normal del medicamento dado que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El “**deducible**” es la cantidad que debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.

Una vez que haya pagado \$480 por sus medicamentos de la Etapa 2 a la Etapa 5, dejará la Etapa del deducible y pasará a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

---

## **SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga la suya**

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte su receta</b>
--------------------	--

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga la suya (el monto de su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde surta su receta.

### **El plan tiene seis niveles de costos compartidos**

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento:

- El nivel 1 incluye medicamentos genéricos preferidos. (Este es el nivel de costo compartido más bajo).
- El nivel 2 incluye medicamentos genéricos.
- El nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos.

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

---

- El nivel 4 incluye medicamentos de marca no preferidos. También puede incluir algunos medicamentos genéricos no preferidos que tienen un precio similar al del medicamento de marca original.
- El nivel 5 incluye medicamentos del nivel de especialidad. (Este es el nivel de costo compartido más alto).
- El nivel 6 incluye medicamentos excluidos por Medicare para tratar la disfunción eréctil.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

**Sus opciones de farmacia**

La cantidad que paga por un medicamento depende de la forma que lo obtiene:

- De una farmacia minorista que esté en la red de nuestro plan.
- De una farmacia que no está en la red del plan.
- De la farmacia de pedidos por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 de este manual y el *Directorio de farmacias*.

<b>Sección 5.2</b>	<b>Un cuadro que muestra los costos de un suministro de <i>un mes</i> de un medicamento</b>
--------------------	---

Durante la Etapa de cobertura inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o coseguro.

- **“Copago”** significa que paga una cantidad fija cada vez que surte una receta.
- **“Coseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

Tal como se muestra en el cuadro a continuación, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentra su medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad de copago que se indica en el cuadro, pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea más bajo*.
- Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.

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

**Su parte del costo cuando obtiene un suministro para *un mes* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:**

	<b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)</b> (suministro de hasta 30 días)	<b>Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC)</b> (suministro de hasta 31 días)	<b>Costo compartido minorista fuera de la red</b> (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles) (suministro de hasta 30 días)
<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (Medicamentos genéricos)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (Medicamentos de marca preferidos)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (Medicamentos de marca preferidos)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (Medicamentos del nivel de especialidad)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro

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

	<b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)</b> (suministro de hasta 30 días)	<b>Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC)</b> (suministro de hasta 31 días)	<b>Costo compartido minorista fuera de la red</b> (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles) (suministro de hasta 30 días)
<b>Nivel 6 de costo compartido</b> (Medicamentos complementarios)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

Su costo compartido para las insulinas marcadas en el Vademécum como insulinas seleccionadas para un suministro de 30 días será un copago de \$0 para los medicamentos de la Etapa 2 y un copago de \$35 para los medicamentos de la Etapa 3, según lo indicado por el número de etapa en el Vademécum.

**Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro para todo el mes**

Por lo general, la cantidad que paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos para menos de un mes. Es posible que en ocasiones desee preguntarle a su médico si puede recetarle un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez que se sabe que tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, no tendrá que pagar por el suministro del mes completo para ciertos medicamentos.

La cantidad que paga cuando obtiene un suministro para menos de un mes completo dependerá de si es responsable de pagar el coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (una cantidad fija en dólares).

- Si es responsable del coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta es para un suministro de un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total del

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

---

medicamento será menor si obtiene un suministro para menos de un mes completo, la cantidad que paga será menor.

- Si es responsable de un copago por el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (la “tasa de costo compartido diario”) y la multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.
  - He aquí un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento por un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de \$30. Esto significa que la cantidad que paga por día por su medicamento es de \$1. Si recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago será de \$1 por día multiplicado por 7 días, para un pago total de \$7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de tener que pagar el suministro de un mes completo. También puede pedirles a su médico que le recete y a su farmacéutico que le dispense un suministro para menos de un mes completo de un medicamento o medicamentos si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes recetas para que pueda hacer menos viajes a la farmacia. La cantidad que pague dependerá de los días del suministro que reciba.

<b>Sección 5.4</b>	<b>Un cuadro que muestra los costos de un suministro a largo plazo (de 90 días) de un medicamento</b>
--------------------	---

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de 90 días. (Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

El siguiente cuadro muestra lo que paga cuando obtiene un suministro de 90 días de un medicamento.

- Tenga en cuenta lo siguiente: Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad de copago que se indica en el cuadro, pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea más bajo*.

**Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D****Su parte del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:**

	<b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)</b> (suministro de hasta 90 días)	<b>Costo compartido de pedidos por correo</b> (suministro de hasta 90 días)
<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (Medicamentos genéricos)	25% de coseguro	25% de coseguro
<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (Medicamentos de marca preferidos)	25% de coseguro	25% de coseguro
<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (Medicamentos de marca preferidos)	25% de coseguro	25% de coseguro
<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (Medicamentos del nivel de especialidad)	25% de coseguro	25% de coseguro
<b>Nivel 6 de costo compartido</b> (Medicamentos de atención exclusiva)	\$0 de copago	\$0 de copago

Su costo compartido para las insulinas marcadas en el Vademécum como insulinas seleccionadas para un suministro de 30 días será un copago de \$0 para los medicamentos de la Etapa 2 y un copago de \$35 para los medicamentos de la Etapa 3, según lo indicado por el número de etapa en el Vademécum.

**Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D****Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que alcanza el costo total de sus medicamentos para el año de \$4,430**

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que haya surtido y resurtido alcance el límite de **\$4,430 para la Etapa de cobertura inicial**.

El costo total de su medicamento se basa en sumar lo que pagó usted y lo que pagó cualquier plan de la Parte D:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que haya obtenido desde que comenzó con la primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo). Esto incluye:
  - Los \$480 que pagó cuando estaba en la Etapa del deducible.
  - El total que pagó como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan ha pagado** como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si estuvo inscrito en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento durante 2022, la cantidad que el plan pagó durante la Etapa de cobertura inicial también cuenta para el costo total de sus medicamentos).

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que no están normalmente cubiertos en un Plan de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para su límite de cobertura inicial ni para los costos totales de bolsillo.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a realizar un seguimiento de cuánto usted y el plan, así como cualquier tercero, han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,430 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto de \$4,430. Si alcanza este monto, dejará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del período sin cobertura.

---

## **SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, el plan proporciona cierta cobertura de medicamentos**

---

<b>Sección 6.1 Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que sus costos de bolsillo alcancen \$7,050</b>
--

Cuando se encuentra en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de descuentos por período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación de los medicamentos de marca. Tanto el monto que paga como el monto descontado por el fabricante cuentan para sus costos de bolsillo como si los hubiera pagado usted y lo ayudan a pasar al período sin cobertura.

Usted también recibe alguna cobertura para medicamentos genéricos. Para los medicamentos genéricos del Nivel 1 y del Nivel 2, usted paga un copago de \$0; para todos los demás medicamentos genéricos usted no paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%) no cuenta para sus costos de bolsillo. Solo cuenta la cantidad que paga y que lo ayuda a pasar el período sin cobertura.

Continúa pagando el precio con descuento por medicamentos de marca y un copago de \$0 para el Nivel 1 y Nivel 2 de medicamentos genéricos y no más del 25% de los costos de todos los demás medicamentos genéricos hasta que sus pagos de costos de bolsillo anuales alcancen la cantidad máxima establecida por Medicare. En 2022, esa cantidad es de \$7,050.

Nuestro plan ofrece cobertura adicional durante el período sin cobertura para determinadas insulinas. Durante la Etapa del período sin cobertura, sus costos de bolsillo por insulinas seleccionadas serán de \$0 a \$35. Para saber qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos en formato electrónico. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono del Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este manual).

Medicare tiene normas sobre qué cuenta y qué *no* para sus gastos de bolsillo. Cuando alcanza un límite de gastos de bolsillo de \$7,050, abandona la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

<b>Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo por medicamentos recetados</b>
--

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo por sus medicamentos.

---

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

---

**Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo**

Cuando suma sus costos de bolsillo, **puede incluir** los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y usted haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este manual):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa del deducible
  - La Etapa de cobertura inicial
  - La Etapa de período sin cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

**Es importante quién paga:**

- Si realiza estos pagos **usted mismo**, están incluidos en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también están incluidos* si son hechos en su nombre por **ciertos individuos u organizaciones**. Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por Programas de Asistencia para Medicamentos contra el Sida o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos realizados por el programa de “Ayuda adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos durante el período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca. Sin embargo, el monto que paga el plan por sus medicamentos genéricos no está incluido.

**Paso a la Etapa de cobertura catastrófica:**

Cuando usted (o quienes paguen en su nombre) hayan gastado un total de \$7,050 en costos de bolsillo durante el año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

---

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

---

**Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo.**

Cuando suma sus costos de bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos recetados:

- La cantidad que paga por la prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red y que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Pagos que realiza por medicamentos cubiertos en virtud de nuestra cobertura adicional, pero que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos que realiza por medicamentos recetados que normalmente no están cubierto en un Plan de medicamentos recetados médica de Medicare.
- Pagos que realiza el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en el Período sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos que realizan ciertos planes de seguro y programas médicos financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos que realiza un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, Indemnización de los trabajadores).

*Recordatorio:* Si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus costos de bolsillo por medicamentos, debe informar a nuestro plan. Llame a Servicios para Miembro para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

---

**¿Cómo puede realizar un seguimiento del total de sus gastos de bolsillo?**

- **Nosotros lo ayudaremos.** El resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus costos de bolsillo (la Sección 3 de este capítulo contiene información sobre este informe). Cuando alcance un total de \$7,050 en costos de bolsillo durante el año, este informe le indicará que ha abandonado la Etapa del período sin cobertura y ha ingresado en la Etapa de cobertura catastrófica.

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

---

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le indica lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de sus gastos estén completos y actualizados.

---

**SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos**

---

<b>Sección 7.1</b>	<b>Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año</b>
--------------------	---

Usted califica para la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de bolsillo han alcanzado el límite de \$7,050 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario.

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

*Opción 1:*

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el que represente el monto *más alto*:
  - –O– un coseguro del 5% del costo del medicamento
  - –O– \$3.95 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$9.85 para todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

---

**SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas en virtud de la Parte D depende de cómo y dónde las obtenga**

---

<b>Sección 8.1</b>	<b>Nuestro plan puede tener una cobertura aparte para el medicamento de la vacuna de la Parte D en sí y por el costo de administrarle la vacuna</b>
--------------------	---

Nuestro plan brinda cobertura para varias vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cobertura de estas vacunas en el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D tiene dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.

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

---

- La segunda parte de la cobertura es por el costo de **colocación de la vacuna**. (A esto a veces se le llama la “administración” de la vacuna).

**¿Cuánto paga por una vacuna de la Parte D?**

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

- 1. El tipo de vacuna** (para qué está siendo vacunado).
  - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre su cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*.
  - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)* del plan.
- 2: Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
- 3. Quién le coloca la vacuna.**

Lo que paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- En ocasiones, cuando reciba su vacuna, tendrá que pagar el costo total tanto por el medicamento de la vacuna como por la aplicación. Puede pedirle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo.
- Otras veces, cuando obtenga el medicamento de la vacuna o se la administren, solo pagará su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona esto, aquí hay tres formas comunes en las que puede recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa del período sin cobertura y Deducible de su beneficio.

*Situación 1:* Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se le administran allí. (Tener esta opción o no depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Tendrá que pagar a la farmacia el monto de su coseguro o copago por la vacuna y el costo de administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

*Situación 2:* Obtiene la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo total de la vacuna y su administración.
- Luego, podrá solicitar a nuestro plan que paguemos nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7

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

---

de este manual (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

- Se le reembolsará la cantidad que pagó menos su coseguro o copago normal por la vacuna (incluida la administración) menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si 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 vacuna.

- Tendrá que pagar a la farmacia el monto de su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. Luego, podrá solicitar a nuestro plan que paguemos nuestra parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este manual.
- Se le reembolsará el monto cobrado por el médico por administrar la vacuna menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

<b>Sección 8.2</b>	<b>Es posible que desee llamarnos a Servicio al Cliente antes de recibir una vacuna</b>
--------------------	---

Las normas de cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que primero nos llame a Servicio al Cliente cuando esté planificando vacunarse. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este manual).

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Podemos decirle cómo mantener sus propios costos bajos mediante el uso de proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor y una farmacia de la red, podemos informarle lo que debe hacer para que le paguemos nuestra parte del costo.

# CAPÍTULO 7

*Cómo solicitarnos que paguemos  
nuestra parte de una factura que ha  
recibido por servicios médicos o  
medicamentos cubiertos*

**Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

---

**Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos .....</b>	<b>175</b>
Sección 1.1	Si paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago .....	175
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió .....</b>	<b>177</b>
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago .....	177
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no.....</b>	<b>178</b>
Sección 3.1	Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos.....	178
Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación .....	179
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias .....</b>	<b>179</b>
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a realizar un seguimiento de los costos de bolsillo de sus medicamentos .....	179

**Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos****SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos****Sección 1.1 Si paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago**

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total de inmediato. En otras ocasiones, es posible que haya pagado más de lo que esperaba según las normas de cobertura del plan. En cualquier caso, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (esa devolución de dinero a menudo se denomina “reembolso”). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse cada vez que haya pagado más que su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido. En muchos casos, debe enviarnos esta factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

A continuación, se muestran ejemplos de situaciones en las que es posible que deba pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que ha recibido:

**1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan.**

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor sea parte de nuestra red o no. Cuando recibe servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no es parte de nuestra red, usted solo es responsable de pagar su parte del costo, no el costo total. Debe pedirle al proveedor que le facture al plan nuestra parte del costo.

- Si paga el monto total usted mismo en el momento en que recibe la atención, debe solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- En ocasiones, es posible que reciba una factura del proveedor donde se le solicite un pago que usted cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de los pagos que ya haya realizado.
  - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente.
  - Si ya pagó más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto adeuda y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

## Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

---

### 2: Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted cree que no debería pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales aparte, llamados “facturación de saldo”. Esta protección (que usted nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la “facturación de saldo”, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que crea que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y el monto que adeuda en virtud del plan.

### 3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactivo significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción puede haber ocurrido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos la documentación para que nos encarguemos del reembolso.

Llame a Servicio al Cliente para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para realizar su solicitud. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este manual).

### 4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si va a una farmacia fuera de la red e intenta usar su tarjeta de membresía para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando eso suceda, tendrá que pagar el costo total de su receta. (Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en algunas situaciones especiales. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información).

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

## Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

---

### 5. Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene la tarjeta de membresía del plan con usted

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque la información de inscripción de su plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta usted mismo.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

### 6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

Es posible que pague el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que no conocía o que no cree que se aplique a su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o una queja decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*) encontrará información sobre cómo presentar una apelación.

---

## SECCIÓN 2      Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibí

---

<b>Sección 2.1      Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago</b>
---

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

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web ([es.clevercarehealthplan.com](http://es.clevercarehealthplan.com)) o llame a Servicio al Cliente y solicite el formulario. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este manual).

**Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

---

Envíenos su solicitud de pago **por servicios médicos**, junto con las facturas o recibos pagados, a esta dirección:

Clever Care Health Plan  
660 W Huntington Drive  
Suite 200  
Arcadia, CA 91007

Envíenos su solicitud de pago **por medicamentos recetados de la Parte D**, junto con cualquier factura o recibo, a esta dirección:

MedImpact Healthcare Systems, Inc.  
P.O. Box 509108  
San Diego, Ca 92150-9108

**Debe enviarnos su reclamo dentro de los 365 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Comuníquese con Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Si no sabe lo que debería haber pagado o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

---

**SECCIÓN 3      Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no**

---

<b>Sección 3.1      Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos</b>
---

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (En el Capítulo 3, se explican las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos. En el Capítulo 5, se explican las reglas que 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 que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. En su lugar, le enviaremos

## Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

---

una carta donde explicaremos las razones por las que no enviamos el pago que solicitó y sus derechos de apelar esa decisión.

<b>Sección 3.2</b>	<b>Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación</b>
--------------------	---

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el importe que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o una queja decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si presentar una apelación es algo nuevo para usted, le recomendamos comenzar por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de toma de decisiones de cobertura y apelaciones y brinda definiciones de términos como “apelación”. Luego, una vez que haya leído la Sección 4, puede ir a la sección del Capítulo 9 que le indica qué hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9.

---

## SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a realizar un seguimiento de los costos de bolsillo de sus medicamentos</b>
--------------------	--

Hay algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. En cambio, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo. Esto puede ayudarlo a calificar para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas más rápidamente.

Aquí hay dos situaciones en que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

## Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

---

### 1. Cuando compra el medicamento por un precio menor que nuestro precio

En ocasiones, cuando se encuentra en la Etapa de período sin cobertura y del deducible, puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** por un precio inferior al nuestro.

- Por ejemplo, una farmacia puede ofrecer un precio especial por el medicamento. O bien, es posible que tenga una tarjeta de descuento que está fuera de nuestro beneficio y que ofrece un precio más bajo.
- A menos que se apliquen condiciones especiales, debe usar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe encontrarse en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia de modo que podamos hacer que sus gastos de bolsillo cuenten para que usted califique para la Etapa de cobertura catastrófica.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Si se encuentra en la Etapa del período sin cobertura y del Deducible, es posible que no paguemos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Sin embargo, enviar una copia del recibo nos permite calcular correctamente sus costos de bolsillo y puede ayudarlo a calificar para la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

### 2: Cuando recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos que no está incluido en los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, puede pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia de modo que podamos hacer que sus gastos de bolsillo cuenten para que usted califique para la Etapa de cobertura catastrófica.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Debido a que recibe su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Sin embargo, enviar una copia del recibo nos permite calcular correctamente sus costos de bolsillo y puede ayudarlo a calificar para la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

Dado que no está solicitando un pago en los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

# CAPÍTULO 8

*Sus derechos y responsabilidades*

## **Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....</b>	<b>183</b>
Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.).....	183
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos .....	185
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal.....	186
Sección 1.4	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos .....	194
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención .....	196
Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado .....	198
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos?.....	198
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos .....	199
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan .....</b>	<b>199</b>
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades? .....	199

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

### **Sección 1.1      Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)**

Para obtener información de parte nuestra de una manera que le sea conveniente, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros con discapacidades y que no hablen inglés. Ponemos a disposición nuestro material en otros idiomas distintos del inglés. También podemos proporcionarle información en braille, letras grandes y otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de parte nuestra de una manera que le sea conveniente, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja al servicio de Quejas y reclamaciones al 1-833-283-9888. También puede presentar una queja a Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de Cobertura o en esta correspondencia, o bien, puede comunicarse con el Servicio al Cliente para solicitar información adicional.

如欲透過我們取得方便您閱讀的資訊，請致電與客戶服務部聯絡（電話號碼列印於本手冊的封底）。

本計畫有工作人員及免費口譯服務可以為殘障人士及不會說英文的會員解答疑問。我們有提供英文以外之其他語言版本的資料。如果您有需要，我們也可免費為您提供盲文版、大字版或其他替代格式的資訊。按照規定，我們必須以易於您使用的適當格式為您提供計畫福利相關資訊。如欲透過我們取得方便您閱讀的資訊，請致電與客戶服務部聯絡（電話號碼列印於本手冊的封底）。

如果您難以透過易於您使用的適當格式從本計畫中獲得資訊，請致電 1-833-283-9888 向申訴與上訴部提出申訴。您也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或者您可直接向民權辦公室提出投訴。聯絡資訊包含在本承保證明或本郵件中，或者您可與客戶服務部聯絡以索取其他資訊。

Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi điện cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này).

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

Chương trình của chúng tôi có nhân viên và dịch vụ thông dịch viên miễn phí để giải đáp thắc mắc của các hội viên khuyết tật và không nói tiếng Anh. Chúng tôi có cung cấp tài liệu của mình bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng chữ nổi, chữ in khổ lớn hoặc các định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi được yêu cầu cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình ở định dạng có thể tiếp cận và phù hợp với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi điện cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này).

Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi ở định dạng có thể tiếp cận được và phù hợp với quý vị, vui lòng gọi điện để gửi đơn khiếu nại với bộ phận Phàn nàn & Khiếu nại theo số 1-833-283-9888. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc trực tiếp với Văn phòng Quyền Dân sự. Thông tin liên hệ có trong Bảng chứng Bảo hiểm này hoặc với thư này, hoặc quý vị có thể liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng để biết thêm thông tin.

원하시는 방법으로 당사로부터 정보를 얻고자 하시면 고객 서비스에 전화주시기 바랍니다(전화번호는 본 소책자의 뒤 커버에 인쇄되어 있습니다).

장애를 가지신 가입자와 영어를 사용하지 않는 가입자는 당사의 보험에 관하여 질문하실 때 직원 및 무료 통역사를 이용할 수 있습니다. 영어가 아닌 다른 언어로 작성된 자료도 제공합니다. 또한 가입자가 원하시는 경우 점자, 대활자 또는 다른 형태로 작성된 정보를 무료로 제공해드릴 수 있습니다. 가입자가 접근 가능하고 가입자에게 적절한 형태로 보험 혜택에 관한 정보를 제공해 드립니다. 원하시는 방법으로 당사로부터 정보를 얻고자 하시면 고객 서비스에 전화주시기 바랍니다(전화번호는 본 소책자의 뒤 커버에 인쇄되어 있습니다).

귀하가 접근 가능하고 귀하에게 적절한 형태로 당사의 보험에 관한 정보를 받는 데 어려움이 있는 경우에는 1-833-283-9888로 고충처리부서에 전화하여 고충을 접수하시기 바랍니다. 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 전화하여 Medicare에 고충을 접수하거나 Office for Civil Rights에 직접 접수하시기 바랍니다. 연락처 정보는 본 보험 증빙이나 본 우편에 동봉되어 있습니다. 아니면 고객 서비스에 연락하시어 추가 정보를 얻으실 수 있습니다.

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានពីយើងតាមរបៀបដែលមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក សូមហៅទៅផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជន (លេខទូរសព្ទមានបង្ហាញនៅគម្របខាងក្រោយនៃកូដសៀវភៅនេះ)។

គម្រោងរបស់យើងមានមនុស្ស និងសេវាកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរពីសមាជិកពិការ និងសមាជិកដែលមិនចេះភាសាអង់គ្លេស។ ឯកសាររបស់យើងមានភាសាផ្សេងៗក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។ យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានជាអក្សរស្តុប អក្សរខ្នាតធំ ឬទម្រង់ផ្សេងទៀត ដោយមិនគិត ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ។ យើងត្រូវផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងជាទម្រង់ដែលអាចអានបាន និងសមស្របសម្រាប់អ្នក។ ដើម្បី

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

ទទួលបានព័ត៌មានពីយើងតាមរបៀបដែលមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក សូមហៅទៅផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជន (លេខទូរសព្ទមានបង្ហាញនៅគម្របខាងក្រោយនៃកូនសៀវភៅនេះ)។

ប្រសិនបើអ្នកមានការលំបាកក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងជាទម្រង់ដែលអាចអានបាន និងសមស្របសម្រាប់អ្នក សូមហៅដើម្បីធ្វើបណ្តឹងសារទុក្ខ និងតវ៉ាតាមលេខ 1-833-283-9888។ អ្នកក៏អាចប្តឹងទៅ Medicare ដោយហៅទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ឬដោយផ្ទាល់ទៅ Office for Civil Rights។ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងគឺមានដាក់បញ្ចូលនៅក្នុងភស្តុតាងនៃការគ្របបណ្តប់នេះ ឬជាមួយនឹងការផ្ញើសំបុត្រ ឬអ្នកអាចទាក់ទងទៅផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជន សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

Para obtener información de parte nuestra de una manera que le sea conveniente, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros con discapacidades y que no hablen inglés. Ponemos a disposición nuestro material en otros idiomas distintos del inglés. También podemos proporcionarle información en braille, letras grandes y otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de parte nuestra de una manera que le sea conveniente, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Si tiene alguna dificultad para recibir la información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja formal ante el departamento de Quejas Formales y Apelaciones al 1-833-283-9888. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de Cobertura o en esta correspondencia, o bien, puede comunicarse con el Servicio al Cliente para solicitar información adicional.

**Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos**

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a elegir un médico de atención primaria (PCP) de la red del plan para que le brinde y coordine sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más sobre esto). Llame a Servicio al Cliente para saber qué médicos están aceptando nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación.

Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a

surtir o resurtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, en la Sección 10 del Capítulo 9 de este manual, se le indica lo que puede hacer. (Si le negamos la cobertura de su atención médica o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, en la Sección 4 del Capítulo 9 se le indica lo que puede hacer).

<b>Sección 1.3</b>	<b>Debemos proteger la privacidad de su información médica personal</b>
--------------------	---

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros y su información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo exigen estas leyes.

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información médica. Le proporcionamos un aviso por escrito, llamado “Aviso de prácticas de privacidad”, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

### **¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?**

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si le proporcionamos su información médica a cualquier persona que no le brinde atención o no pague por ella, *primero debemos obtener su permiso por escrito*. Usted o alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted puede otorgar un permiso por escrito.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o requeridas por ley.
  - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
  - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos brindarle a Medicare su información médica, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para una investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales.

## **Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros**

Tiene derecho a ver sus registros médicos que se encuentran en el plan y a obtener una copia de sus registros. Se nos permite cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o corriamos sus registros médicos. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otros para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

A continuación se muestra el Aviso de prácticas de privacidad a partir del 1.º de enero de 2021. Este aviso puede cambiar, por lo tanto, para asegurarse de que está viendo la versión más reciente, puede solicitar la versión actual a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o consultarlo en nuestro sitio web en [es.clevercarehealthplan.com](http://es.clevercarehealthplan.com).

### **Aviso de prácticas de privacidad**

Clever Care of Golden State, Inc., una subsidiaria de propiedad absoluta de Clever Care Health Plan, Inc. (en adelante, Clever Care) está obligada por ley a proteger la privacidad de su información médica. También estamos obligados a enviarle este aviso, que explica de qué manera podemos utilizar la información sobre usted y cuándo podemos compartir o “divulgar” esa información a otros. Usted también tiene derechos con respecto a su información de salud que se describen en este aviso. Estamos obligados por ley a cumplir con los términos de este aviso.

Los términos “información” o “información de salud” en este aviso incluyen cualquier información que conservemos la cual pueda usarse razonablemente para identificarlo y que se relacione con su condición de salud física o mental, la provisión de atención médica o el pago de dicha atención médica. Cumpliremos con los requisitos de las leyes de privacidad aplicables relacionadas con notificarle en caso de una violación de privacidad su información médica.

Tenemos derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso. Si realizamos un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, le proporcionaremos, en nuestra próxima distribución anual, un aviso revisado o información sobre dicho cambio y cómo obtener un aviso revisado.

Le proporcionaremos esta información ya sea por correo directo o electrónicamente, según la ley vigente. En todos los casos, si mantenemos un sitio web para su plan en particular, publicaremos el aviso revisado en el sitio web de su plan de salud, [es.clevercarehealthplan.com](http://es.clevercarehealthplan.com). Nos reservamos el derecho de hacer efectivo cualquier aviso

## Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

---

revisado o modificado para la información que ya tenemos y para la que recibamos en el futuro.

Clever Care recopila y mantiene información oral, escrita y electrónica para administrar nuestro negocio y proporcionar productos, servicios e información de importancia a nuestros afiliados. Mantenemos salvaguardas de seguridad física, electrónica y de procedimiento en el manejo y mantenimiento de la información de nuestros inscritos, de acuerdo con las reglas estatales y federales aplicables, para protegerla contra riesgos como la pérdida, la destrucción o el uso indebido.

### Cómo usamos o divulgamos la información

**Debemos** usar y divulgar la información sobre su salud para proporcionar esa información:

- A usted o a alguien que tenga el derecho legal de actuar en su nombre (su representante personal) para administrar sus derechos tal como se describe en este aviso; y
- Al secretario del Departamento de salud y servicios humanos de ser necesario, para garantizar la protección de su privacidad.

**Tenemos el derecho** a usar y divulgar su información de salud para su tratamiento, para pagar su atención médica y para operar nuestro negocio. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información de salud:

- **Para el pago** de las primas que nos corresponden, para determinar su cobertura y para tramitar las reclamaciones por los servicios de atención médica que reciba, incluso para la subrogación o coordinación de otros beneficios que tenga. Por ejemplo, podemos decirle a un médico si tiene derecho a la cobertura y qué porcentaje de la factura puede estar cubierto.
- **Para el tratamiento.** Podemos utilizar o divulgar información médica para ayudar a su tratamiento o a la coordinación de su atención. Por ejemplo, podemos divulgar información a sus médicos u hospitales para ayudarlos a brindarle atención médica.
- **Para operaciones de atención médica.** Podemos usar o divulgar información médica según sea necesario para operar y administrar nuestras actividades comerciales relacionadas con la provisión y administración de su cobertura de atención médica. Por ejemplo, podríamos hablar con su médico para sugerirle un programa de control de enfermedades o de bienestar que podría ayudar a mejorar su salud o podemos analizar datos para determinar cómo mejorar nuestros servicios. También podemos anular la identificación de la información médica en virtud de las leyes aplicables. Después de que se anule la identificación de esa información, la información ya no estará sujeta a este aviso y podremos usarla para cualquier propósito legal.
- **Para proporcionar información sobre programas o productos relacionados con la salud** tales como tratamientos y programas médicos alternativos, o sobre productos y servicios relacionados con la salud, sujetos a los límites impuestos por la ley.
- **Para patrocinadores del plan.** Si su cobertura es a través de un plan de salud grupal

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

---

patrocinado por el empleador, podemos compartir información de salud resumida e información de inscripción y cancelación de inscripción con el patrocinador del plan. Además, podemos compartir otra información médica con el patrocinador del plan para fines de administración de este si el patrocinador del plan acepta restricciones especiales sobre su uso y divulgación de la información en virtud de la ley federal.

- **Para fines de suscripción.** Podemos usar o divulgar su información médica con fines de suscripción; sin embargo, no usaremos ni divulgaremos su información genética para tales fines.
- **Para recordatorios.** Podemos usar o divulgar información médica para enviarle recordatorios sobre sus beneficios o atención, como recordatorios de citas con los proveedores que le brindan atención médica.

**Es posible que** usemos o divulguemos su información de salud para los siguientes propósitos en circunstancias limitadas:

- **Según lo requiera la ley.** Podemos divulgar información cuando así lo requiera la ley.
- **A las personas involucradas con su atención.** Podemos usar o divulgar su información médica a una persona involucrada en su atención o que ayude a pagar su atención, como un miembro de la familia, cuando esté incapacitado o en una emergencia, o cuando esté de acuerdo o no se oponga cuando se le da la oportunidad. Si no está disponible o no puede objetar, usaremos nuestro mejor juicio para decidir si la divulgación es lo mejor para usted. Se aplican normas especiales con respecto a cuándo podemos divulgar información médica a miembros de la familia y otras personas involucradas en la atención de una persona fallecida. Podemos divulgar información médica a cualquier persona involucrada, antes de la muerte, en la atención o el pago por la atención de una persona fallecida, a menos que sepamos que hacerlo sería inconsistente con una preferencia expresada previamente por el fallecido.
- **Para actividades de salud pública** como informar o prevenir brotes de enfermedades a una autoridad de salud pública.
- **Para denunciar víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica** a las autoridades gubernamentales que están autorizadas por ley para recibir dicha información, incluido un servicio social o una agencia de servicios de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** a una agencia de supervisión de la salud que realiza actividades autorizadas por la ley, como licencias, auditorías gubernamentales e investigaciones de fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos** como en respuesta a una orden judicial, orden de registro o citación.
- **Para fines de aplicación de la ley.** Podemos divulgar su información médica a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley con fines tales como proporcionar información limitada para localizar a una persona desaparecida o denunciar un delito.
- **Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad** suya, de otra persona o del público, por ejemplo, al revelar información a agencias de salud pública o autoridades policiales, o en caso de una emergencia o desastre natural.

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

---

- **Para funciones gubernamentales especializadas** tales como actividades militares y de veteranos, actividades de inteligencia y seguridad nacional, y los servicios de protección para el presidente y otros.
- **Para la Indemnización de los trabajadores** según lo autorizado por, o en la medida necesaria para cumplir con, las leyes estatales de compensación de trabajadores que rigen las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Para fines de investigación** como la investigación relacionada con la evaluación de ciertos tratamientos o la prevención de enfermedades o discapacidades, si el estudio de investigación cumple con los requisitos de la ley federal de privacidad.
- **Para proporcionar información sobre fallecidos.** Podemos divulgar información a un médico forense o examinador médico para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de la muerte o según lo autorice la ley. También podemos divulgar información a los directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.
- **Para fines de obtención de órganos.** Podemos usar o divulgar información a entidades que se encargan de obtener, almacenar o trasplantar órganos, ojos o tejido para facilitar la donación y el trasplante.
- **A instituciones correccionales o a agentes de la ley** si usted es un recluso de una institución penitenciaria o está bajo la custodia de un agente de la ley, pero solo si es necesario (1) para que la institución le proporcione atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y la seguridad de otros; o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.
- **A los socios comerciales** que realizan funciones en nuestro nombre o nos brindan servicios si la información es necesaria para llevar a cabo tales funciones o servicios. Nuestros socios comerciales están obligados, en virtud de un contrato con nosotros y de conformidad con la ley federal, a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar ninguna información que no sea la que se especifica en nuestro contrato y según lo permitido por la ley federal.
- **Restricciones adicionales de uso y divulgación.** Ciertas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones especiales de privacidad que restringen el uso y la divulgación de cierta información médica, incluida la información altamente confidencial sobre usted. Dichas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información:
  1. Abuso de alcohol y sustancias
  2. Información biométrica
  3. Abuso o negligencia de niños o adultos, incluida la agresión sexual
  4. Enfermedades contagiosas
  5. Información genética
  6. VIH/sida
  7. Salud mental
  8. Información de menores

9. Medicamentos recetados
10. Salud reproductiva
11. Enfermedades de transmisión sexual

Si el uso o la divulgación de la información de salud descrita anteriormente en este aviso está prohibida o materialmente limitada por otras leyes que se aplican a nosotros, es nuestra intención cumplir con los requisitos de la ley más estricta.

Mantenemos salvaguardas de seguridad física, electrónica y de procedimiento de acuerdo con los estándares estatales y federales aplicables, para proteger su información financiera personal contra riesgos como la pérdida, la destrucción o el uso indebido. Estas medidas incluyen protecciones informáticas, archivos y edificios protegidos y restricciones sobre quién puede acceder a su información financiera personal.

Excepto por los usos y divulgaciones descritos y limitados según lo establecido en este aviso, usaremos y divulgaremos su información médica solo con una autorización por escrito de su parte. Una vez que nos da la autorización para divulgar su información médica, no podemos garantizar que el destinatario a quien se le proporciona la información no la divulgará. Puede retirar o “revocar” su autorización escrita en cualquier momento por escrito, excepto si ya hemos actuado con base en su autorización. Para saber a dónde enviar su autorización escrita y cómo revocar una autorización, comuníquese con el número de teléfono mencionado en su tarjeta de identificación del plan de salud.

### **Nuestra responsabilidad**

La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida. Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información. Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia.

### **Cuáles son sus derechos**

Los siguientes son sus derechos con respecto a su información médica:

- **Tiene derecho a solicitar una restricción** con respecto a los usos o divulgaciones de su información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar que se restrinjan las divulgaciones a miembros de su familia o a otras personas que participen en su atención médica o en el pago de esta. También es posible que tengamos políticas sobre el acceso de dependientes las cuales autorizan a sus dependientes a solicitar ciertas restricciones. **Tenga en cuenta que, si bien intentaremos cumplir con su solicitud y permitiremos solicitudes de conformidad con nuestras políticas, no estamos obligados a aceptar ninguna restricción.**
- **Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales** de información de una manera diferente o en un lugar diferente (por ejemplo, enviando información a un apartado de correos en lugar de su domicilio). Aceptaremos solicitudes razonables en

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

---

las que la divulgación de toda o parte de su información médica podría ponerlo en peligro. Sin embargo, en determinadas circunstancias, aceptaremos su solicitud verbal de recibir comunicaciones confidenciales; también podemos solicitarle que confirme su solicitud por escrito. Además, cualquier solicitud para modificar o cancelar una solicitud de comunicación confidencial previa debe hacerse por escrito. Envíe su solicitud a la dirección que se indica a continuación.

- **Tiene derecho a ver y obtener una copia** de cierta información médica que mantenemos sobre usted, como reclamos y registros de administración de casos o médicos. Si mantenemos su información médica de forma electrónica, tendrá derecho a solicitar que le enviemos una copia de su información médica en formato electrónico. También puede solicitar que proporcionemos una copia de su información a un tercero que usted identifique. En algunos casos, puede recibir un resumen de esta información médica. Debe realizar una solicitud por escrito para inspeccionar y copiar su información de salud o enviar su información a un tercero. Envíe su solicitud a la dirección que se indica a continuación. En determinadas circunstancias limitadas, podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información médica. Si denegamos su solicitud, es posible que tenga derecho a que se revise la denegación. Podemos cobrar una tarifa razonable por cualquier copia.
- **Tiene derecho a solicitar que se modifique** cierta información médica que mantengamos sobre usted, como reclamos y registros de administración de casos o médicos, si cree que la información médica sobre usted es incorrecta o está incompleta. Su solicitud debe ser por escrito y proporcionar los motivos de la enmienda solicitada. Envíe su solicitud a la dirección que se indica a continuación. Si denegamos su solicitud, es posible que se agregue una declaración de su desacuerdo a su información médica.
- **Tiene derecho a recibir un informe** de ciertas divulgaciones de su información realizadas por nosotros durante los seis años anteriores a su solicitud. Este informe no incluirá las divulgaciones de información realizadas: (i) para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (ii) a usted o de conformidad con su autorización; y (iii) a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley; y (iv) otras divulgaciones para las cuales la ley federal no nos exige que proporcionemos una explicación.
- **Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, aún tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Si mantenemos un sitio web, publicaremos una copia del aviso revisado en nuestro sitio web. También puede obtener una copia de este aviso en su sitio web, [es.clevercarehealthplan.com](http://es.clevercarehealthplan.com).

**Ejercicio de sus derechos**

- **Comunicarse con su plan de salud.** Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea información sobre cómo ejercer sus derechos, **llame al número de teléfono gratuito para miembros que figura en la tarjeta de identificación de su plan de salud o puede comunicarse con Servicio al Cliente al número gratuito 1-833-388-8168**

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

---

(TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre.

- **Enviar una solicitud por escrito.** Puede enviarnos por correo sus solicitudes por escrito para ejercer cualquiera de sus derechos, incluidos modificar o cancelar una comunicación confidencial, solicitar copias de sus registros o solicitar enmiendas a su registro, a la siguiente dirección:

Clever Care Privacy Officer  
660 W Huntington Drive  
Suite 200  
Arcadia, CA 91007

- **Presentar una queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentarnos una queja en la dirección indicada anteriormente.

**También puede notificar su queja al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.** No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

**Aviso de privacidad de la información financiera****ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PODRÍA USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN FINANCIERA. LÉALO DETENIDAMENTE.**

Clever Care se compromete a mantener la confidencialidad de su información financiera personal. Para los efectos de este aviso, “información financiera personal” significa información sobre un afiliado o un solicitante de cobertura de atención médica que identifica a la persona, no está disponible públicamente en general y se recopila de la persona o se obtiene en relación con la prestación de cobertura de atención médica para el individuo.

**Información que recopilamos**

Dependiendo del producto o servicio que haya obtenido de nuestra parte, podemos recopilar información financiera personal sobre usted de las siguientes fuentes:

- Información que recibimos de usted en solicitudes u otros formularios, como nombre, dirección, edad, información médica y número de Seguro Social.
- Información sobre sus transacciones con nosotros, nuestras filiales u otros, como el pago de primas y el historial de reclamaciones.
- Información de una agencia de informes del consumidor.

**Revelación de información**

No divulgamos información financiera personal sobre nuestros miembros ni exmiembros a ningún tercero, excepto según lo requiera o permita la ley. Por ejemplo, en el curso de nuestras prácticas comerciales generales, podemos, según lo permita la ley, divulgar

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

---

cualquier información financiera personal que recopilamos sobre usted, sin su autorización, a los siguientes tipos de instituciones:

- A nuestras filiales corporativas, que incluyen proveedores de servicios financieros, como otras aseguradoras, y empresas no financieras, como procesadores de datos.
- A empresas no afiliadas para nuestros fines comerciales cotidianos, como procesar sus transacciones, mantener su(s) cuenta(s) o responder a órdenes judiciales e investigaciones legales.
- A empresas no afiliadas que nos prestan servicios, incluido el envío de comunicaciones promocionales en nuestro nombre.

**Confidencialidad y seguridad**

Mantenemos salvaguardas de seguridad física, electrónica y de procedimiento de acuerdo con los estándares estatales y federales aplicables, para proteger su información financiera personal contra riesgos como la pérdida, la destrucción o el uso indebido.

Estas medidas incluyen protecciones informáticas, archivos y edificios protegidos y restricciones sobre quién puede acceder a su información financiera personal.

**Preguntas sobre este aviso**

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, llame al número de teléfono gratuito para miembros que figura en la tarjeta de identificación de su plan de salud o comuníquese con Servicio al Cliente llamando al número gratuito 1-833-388-8168 (TTY: 711):

**Del 1.º de octubre al 31 de marzo:** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana

**Del 1.º de abril al 30 de septiembre:** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes

<b>Sección 1.4</b>	<b>Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos</b>
--------------------	---

Como miembro de Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO), tiene derecho a que le proporcionemos diversos tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de la manera que más le convenga. Esto incluye obtener la información en otros idiomas además del inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones realizadas por los miembros y las calificaciones de estrellas del plan, incluida

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

---

la calificación recibida de los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.

- **Información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas las farmacias.**
  - Por ejemplo, tiene derecho a que le proporcionemos información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el Directorio de proveedores de Clever Care.
  - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el Directorio de farmacias de Clever Care.
  - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o visitar nuestro sitio web en [es.clevercarehealthplan.com](http://es.clevercarehealthplan.com).
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir al usar su cobertura.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este manual, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, cualquier restricción a su cobertura y qué reglas debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
  - Para obtener los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este manual y la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)*. Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)*, le informan qué medicamentos están cubiertos y explican las normas que debe seguir y las restricciones a su cobertura para ciertos medicamentos.
  - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto para usted, o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede pedirnos una explicación por escrito. Tiene derecho a recibir esta explicación incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
  - Si no está satisfecho o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión al presentar una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto de la manera que usted cree que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este manual. Le brinda los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (En el Capítulo 9, también explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

- Si desea pedir a nuestro plan que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este manual.

**Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención****Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica**

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando vaya a recibir atención. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que pueda entender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica.

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar el costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre los riesgos que implica su atención. Se le debe informar con anticipación si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a salir de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no se vaya. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar el medicamento, acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación nuestra si un proveedor le ha negado la atención que usted cree que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. En el Capítulo 9 de este manual, se explica cómo solicitarle al plan una decisión de cobertura.

**Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.**

En ocasiones, las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede hacer lo siguiente:

## Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

---

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien con autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan “**directivas anticipadas**”. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos llamados “**testamento vital**” y “**poder de representación para la atención médica**” son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una “directiva anticipada” para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea redactar una directiva anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros de oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de directivas anticipadas por parte de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas apropiadas.** Debería proporcionarles una copia del formulario a su médico y a la persona que indique en él como la persona encargada de tomar decisiones por usted cuando no pueda hacerlo. Es posible que también desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de tener una copia en casa.

Si sabe con anticipación que lo van a hospitalizar y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- Si lo admiten en el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

**Recuerde, es su elección si desea completar una directiva anticipada** (incluso si desea firmar un formulario si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada.

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades****¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?**

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services, DHCS).

**Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado**

Si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos, el Capítulo 9 de este manual le indica lo que puede hacer. Proporciona detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para dar seguimiento a un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

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

**Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos?****Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad u nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a su Oficina de Derechos Civiles local.

**¿Se trata de otra cosa?**

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para lidiar con el problema que tiene:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- También puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- –O– puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

---

**Sección 1.8      Cómo obtener más información sobre sus derechos**

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

- Puede **llamar a Servicio al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- También puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Además, puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.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      Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan**

---

**Sección 2.1      ¿Cuáles son sus responsabilidades?**

Lo que debe hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice este manual de *Evidencia de Cobertura* para saber qué está cubierto para usted y las normas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 proporcionan detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que debe seguir y lo que usted debe pagar.
  - Los Capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre su cobertura para los medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos.** Llame a Servicio al Cliente para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
  - Estamos obligados a seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que está usando toda su cobertura en combinación cuando obtiene los servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina “**coordinación de beneficios**” porque implica coordinar los beneficios de salud y de medicamentos que obtiene

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

---

de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y de medicamentos que tenga a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).

- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de salud a brindarle la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas médicos y bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acuerden usted y sus médicos.
  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla. Se supone que sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que le dan, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya con el buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima para la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan debe pagar una prima para la Parte B para poder seguir siendo miembros del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o el medicamento. Este será un copago (un monto fijo) o coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le indica lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le indica lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
    - Si recibe algún servicio médico o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
    - Si 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 manual para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

---

- Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
  - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 brinda información sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si abandona nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que podrá inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
  - **Incluso si se muda dentro de nuestra área de servicio debemos estar al tanto** de esto para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
  - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame a Servicio al Cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y el horario de atención de Servicio al Cliente se encuentran impresos en la contraportada de este manual.
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

# CAPÍTULO 9

*Qué hacer si tiene un problema o  
una queja  
(decisiones de cobertura,  
apelaciones, quejas)*

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

---

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

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>206</b>
Sección 1.1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud.....	206
Sección 1.2	Acerca de los términos legales .....	206
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros.....</b>	<b>207</b>
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	207
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? .....</b>	<b>207</b>
Sección 3.1	¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debería utilizar el proceso para presentar quejas? .....	207
<b>DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES .....</b>		<b>208</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones .....</b>	<b>208</b>
Sección 4.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general .....	208
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación.....	210
Sección 4.3	¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación? .....	211
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....</b>	<b>211</b>
Sección 5.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención.....	211
Sección 5.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea).....	213
Sección 5.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan) .....	217
Sección 5.4	Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2.....	220
Sección 5.5	¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica? .....	222

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

<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....</b>	<b>224</b>
Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D.....	224
Sección 6.2	¿Qué es una excepción? .....	226
Sección 6.3	Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones .....	228
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	229
Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) .....	232
Sección 6.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 .....	235
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto .....</b>	<b>238</b>
Sección 7.1	Durante su estancia en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos .....	238
Sección 7.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta hospitalaria .....	240
Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta hospitalaria .....	243
Sección 7.4	¿Qué sucede si le vence el plazo para una Apelación de Nivel 1? .....	244
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto .....</b>	<b>247</b>
Sección 8.1	<i>Esta sección trata solo sobre tres servicios:</i> Servicios de atención médica domiciliaria, centro de enfermería especializada y Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) .....	247
Sección 8.2	Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura.....	248
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo.....	248
Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo.....	251
Sección 8.5	¿Qué sucede si me vence el plazo para una apelación de Nivel 1? .....	252
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....</b>	<b>255</b>
Sección 9.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos .....	255

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

---

Sección 9.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D.....	257
<b>CÓMO PRESENTAR QUEJAS .....</b>		<b>258</b>
<b>SECCIÓN 10</b>	<b>Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes .....</b>	<b>258</b>
Sección 10.1	¿Qué tipo de problemas se tratan mediante el proceso de quejas?.....	258
Sección 10.2	El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”. 260	
Sección 10.3	Paso a paso: Cómo presentar una queja .....	261
Sección 10.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.....	262
Sección 10.5	También puede informar a Medicare sobre su queja .....	263

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

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas**.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la equidad y el manejo oportuno de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

#### Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existen términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no son familiares para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y procedimientos legales utilizando palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer una reclamación”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse de forma más clara y precisa cuando esté lidiando con su problema y a obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando brindamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

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

---

**SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros**

---

**Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada**

A veces puede resultar confuso comenzar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene poca energía. En otras ocasiones, es posible que no tenga los conocimientos necesarios para dar el siguiente paso.

**Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente**

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Este programa gubernamental cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para manejar un problema que tenga. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en la Sección 3 del Capítulo 2 de este manual.

**También puede obtener ayuda e información de Medicare.**

Para obtener más información y ayuda para manejar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

---

**SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?**

---

**Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debería utilizar el proceso para presentar quejas?**

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía lo ayudará.

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

---

---

Para averiguar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específicos,  
**EMPIECE AQUÍ**

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

(Esto incluye problemas sobre si la atención médica o los medicamentos recetados en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención o los medicamentos).

**Sí.** Mi problema tiene que ver con los beneficios o la cobertura.

Pase a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

**No.** Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Vaya a la **Sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente u otras inquietudes”**.

---

## DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

### SECCIÓN 4 Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general</b>
--------------------	---

El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que debe utilizar para cuestiones tales como si algo está cubierto o no y la forma en que se cubre.

### Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que recibe atención médica de su parte o si su médico de la red lo deriva a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su

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

---

médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos nosotros. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

### **Cómo presentar una apelación**

Si tomamos una decisión de cobertura y 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 hemos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada o una apelación rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación será rechazada, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos toda o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de nivel 2. La apelación de Nivel 2 es realizada por una Organización de Revisión Independiente que no está conectada a nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2. En otras situaciones, deberá solicitar una apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 4.2      Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de  
cobertura o presentando una apelación**

¿Desea algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamar a Servicio al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.**
  - Para la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
  - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que emita recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, su médico u otro profesional que emita recetas debe ser designado como su representante.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
  - Si desea que un amigo, un familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) y solicite el formulario de “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en [es.clevercarehealthplan.com](http://es.clevercarehealthplan.com). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que le gustaría que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente.** Puede comunicarse con su abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencias. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

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

### Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

Hay cuatro tipos de situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, brindamos los detalles de cada una en una sección separada:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*se aplica solo a estos servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF*)

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el SHIP (en la Sección 3 del Capítulo 2, de este manual, figuran los números de teléfono para este programa).

## SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía de “los fundamentos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no es así, es posible que desee leerlo antes de comenzar esta sección.

### Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*. Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención, tratamiento o servicios médicos” cada vez. El término “atención médica” incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos

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

---

casos, se aplican normas diferentes a la solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos recetados de la Parte B de las normas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo determinada atención médica que desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan.
- 2: Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle y usted cree que esta atención está cubierta por el plan.
3. Ha recibido atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, pero le hemos dicho que no pagaremos esta atención.
4. Ha recibido y pagado la atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan y desea pedirle a nuestro plan que le reembolse el costo de dicha atención.
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.

**NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer una sección aparte de este capítulo porque se aplican normas especiales a estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:**

- Sección 7 del Capítulo 9: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
- Sección 8 del Capítulo 9: *Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección trata solo sobre tres servicios: cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un CORF.

Para *todas las demás* situaciones en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, use esta sección (Sección 5) como su guía sobre lo que debe hacer.

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

### ¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para saber si cubriremos la atención médica que desea.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Vaya a la siguiente sección de este capítulo, <b>Sección 5.2</b> .
Si ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma en que usted desea que se cubra o pague.	Puede presentar una <b>apelación</b> . (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la <b>Sección 5.3</b> de este capítulo.
Si desea solicitarnos que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó.	Puede enviarnos la factura. Vaya a la <b>Sección 5.5</b> de este capítulo.

### Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)

#### Términos legales

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina “**determinación de la organización**”.

**Paso 1:** Usted le pide a nuestro plan tomar una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos que tomemos una “**decisión de cobertura rápida**”.

#### Términos legales

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “**determinación acelerada**”.

#### *Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea*

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.

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

---

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada, *Cómo puede comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

### *Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión*

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar”, a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le responderemos dentro de **72 horas** después de recibida su solicitud.

- **No obstante**, para una solicitud **por un artículo o servicio médico podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar una decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta dentro de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

### *Si su salud lo requiere, solicítenos que le demos una “decisión de cobertura rápida”.*

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de 24 horas.**
  - **No obstante**, para una solicitud **por un artículo o servicio médico podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si descubrimos que falta alguna información que pueda beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red), o si necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Si necesita obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

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

---

- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si solicita cobertura de atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya ha recibido).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si el uso de los plazos estándares podría *causar un daño grave a su salud o dañar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos brindarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida o no.
  - Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - En esta carta, se le dirá que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
  - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Si necesita obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

### **Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.**

#### *Plazos para una “decisión de cobertura rápida”*

- Por lo general, para una decisión de cobertura rápida sobre una solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **dentro de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos **dentro de 24 horas**.
  - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales en ciertas circunstancias. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar una decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando

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

---

presente una queja rápida, le daremos una respuesta dentro de 24 horas. (Si necesita obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

- Si no le damos nuestra respuesta dentro de 72 horas (o si hay un período extendido, al final de ese período), o 24 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

### *Plazos para una “decisión de cobertura estándar”*

- Por lo general, para una decisión de cobertura estándar sobre una solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos **dentro de 72 horas** de recibida su solicitud.
  - Para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (“un período de tiempo extendido”) en ciertas circunstancias. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar una decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta dentro de 24 horas. (Si necesita obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario (o si hay un período de tiempo extendido, al final de ese período), o 72 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

### **Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.**

- Si denegamos su solicitud, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos, y tal vez cambiemos, esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que desea.

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

- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

<b>Sección 5.3</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)</b>
--------------------	--

<b>Términos legales</b>
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina <b>“reconsideración”</b> del plan.

**Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente su apelación.** Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **“apelación rápida”**.

### *Qué hacer*

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada, *Cómo puede comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica.*
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito enviando una solicitud.**
  - Si alguien que no sea su médico apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir un formulario de Nombramiento de representante que autorice a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) y solicite el formulario de “Nombramiento de representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en [es.clevercarehealthplan.com/plans](http://es.clevercarehealthplan.com/plans). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito en la que se explicará su derecho a solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

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

- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos** al número de teléfono que se muestra en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo puede comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para hacerlo, explique la razón por la que su apelación se atrasó cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados para no cumplir con la fecha límite pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
  - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

*Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede hacer una solicitud por teléfono)*

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración acelerada”.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se proporcionaron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

### **Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.**

- Cuando nuestro plan está revisando su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para obtener más información.

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

---

### *Plazos para una “apelación rápida”*

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar una decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del período extendido si nos tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente 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 y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

### *Plazos para una “apelación estándar”*

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta sobre una solicitud de un artículo o servicio médico **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación si dicha apelación es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le responderemos **en el plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su salud así lo requiere.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar una decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta dentro de 24 horas. (Si necesita obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

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

- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite aplicable anterior (o al final del período de tiempo extendido si nos tomamos días adicionales para su solicitud de un artículo o servicio médico), 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, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

**Paso 3:** Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, su caso *automáticamente* será enviado al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

### Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso *automáticamente* será enviado al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión para su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

#### Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**” (del inglés “Independent Review Entity”).

**Paso 1:** La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por

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

---

Medicare para ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Tiene derecho a proporcionar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

*Si se le concedió una “apelación rápida” en el Nivel 1, también se le concederá una “apelación rápida” en el Nivel 2*

- Si nuestro plan le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** desde la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario adicionales.** La Organización de Revisión Independiente no puede tomar tiempo adicional para una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

*Si se le concedió una “apelación estándar” en el Nivel 1, también se le concederá una “apelación estándar” en el Nivel 2*

- Si nuestro plan le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. Si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario adicionales.** La Organización de Revisión Independiente no puede tomar tiempo adicional para una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

### **Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da su respuesta.**

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

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

---

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o brindar el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándar o dentro de las 72 horas posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en disputa dentro de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándar** o dentro **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se lo denomina “rechazar su apelación”).
  - Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita debe alcanzar un determinado monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión del Nivel 2 es definitiva. La notificación por escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará cómo averiguar el monto en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.

### **Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.**

- Hay 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 cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 5.5</b>	<b>¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica?</b>
--------------------	--

Si desea solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este manual: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por*

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

---

*servicios médicos o medicamentos cubiertos.* El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible que deba solicitar un reembolso o pagar una factura que haya recibido de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

### La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Cuadro de beneficios médicos que está cubierto y qué paga usted*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este manual: *Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

### Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. O bien, si no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago equivale a *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos los servicios y los motivos en detalle. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que *rechazar* su solicitud de una decisión de cobertura).

### ¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

**Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3.** Vaya a esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. (Si nos solicita que le reembolsemos atención médica que ya recibió y pagó usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de denegar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de

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

---

apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

---

### SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

---



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía de “los fundamentos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no es así, es posible que desee leerlo antes de comenzar esta sección.

<b>Sección 6.1</b>	<b>Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D</b>
--------------------	--

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)*. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas).

- **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” cada vez.
- Para obtener detalles sobre lo que entendemos por medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)*, las normas y restricciones de cobertura y la información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo usar 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

Tal como se explica en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

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

### Términos legales

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina “**determinación de cobertura**”.

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como estas:
  - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)* del plan.
  - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
  - Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor.
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple cualquier norma de cobertura aplicable. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)* del plan, pero requerimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo en su caso).
  - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si su farmacia le dice que su receta no puede surtirse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Ésta es una solicitud de decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice el cuadro que aparece a continuación para ayudarlo a determinar qué parte tiene información para su situación:

### ¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que anulemos una norma o restricción en un medicamento que cubrimos.	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la <b>Sección 6.2</b> de este capítulo.

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

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con las normas o restricciones del plan (como obtener una aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Vaya a la <b>Sección 6.4</b> de este capítulo.
Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento que ya recibió y pagó.	Puede pedirnos que le devolvamos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la <b>Sección 6.4</b> de este capítulo.
Si ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma en que usted desea que se cubra o pague.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la <b>Sección 6.5</b> de este capítulo.

### Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto como usted desea, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que en otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicite una excepción, su médico u otro profesional que emite la receta deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. En esa instancia, consideraremos su solicitud. Aquí hay tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional que emita la receta pueden solicitarnos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)*.** (La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar).

#### Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se llama a veces pedir una “**excepción al vademécum**”.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, tendrá que pagar el monto de costo compartido que se aplica a los

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

medicamentos del Nivel 4. No puede solicitar una excepción a la cantidad de copago o coseguro que le exigimos por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Hay reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)* (para obtener más información, vaya a la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales
Pedir la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento se llama a veces pedir una “ <b>excepción al vademécum</b> ”.

- Las reglas adicionales y las restricciones a la cobertura de determinados medicamentos incluyen:
  - *Obligación de usar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
  - *Obtener la aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. (Esto a veces se denomina “autorización previa”).
  - *Obligación de usar un medicamento diferente primero* antes de que aceptemos cubrirle el medicamento que solicita. (Esto suele llamarse “terapia escalonada”).
  - *Límites de cantidad.* En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones en cuanto a la cantidad que se puede tomar.
- Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede solicitar una excepción al importe del copago o del coseguro que le exigimos por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Cada medicamento de la Lista de medicamentos se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el número del nivel de gastos compartidos, menos pagará usted como parte del costo del medicamento.

Términos legales
Pedir que se pague un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido se llama a veces pedir una “ <b>excepción de nivel</b> ”.

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para el tratamiento de su enfermedad que se encuentran en un nivel de costos compartidos inferior al de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento con el

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

---

importe de costos compartidos que se aplica a los medicamentos alternativos). Esto reduciría el costo del medicamento.

- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento con el importe del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas del producto biológico para tratar su enfermedad.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento con el importe del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su enfermedad.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento con el importe del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su enfermedad.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de gastos compartidos de ningún medicamento del Nivel 5 (Medicamentos especializados).
  - Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido inferior con medicamentos alternativos que no puede tomar, normalmente pagará la cantidad más baja.

<b>Sección 6.3</b>	<b>Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones</b>
--------------------	---

### **Su médico debe informarnos las razones médicas.**

Su médico u otro profesional que emite recetas deben darnos una declaración en la que expliquen las razones médicas para la excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que emite la receta cuando solicite la excepción.

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una determinada enfermedad. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el que usted solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos pide una excepción de nivel, por lo general *no* aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel o niveles de costo compartido más bajos no funcionen tan bien para usted o puedan causar una reacción adversa u otro daño.

### **Podemos aceptar o rechazar su solicitud**

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año del plan. Esto es así siempre y cuando su médico le siga recetando el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.

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

- Si decimos que no a su solicitud de excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión presentando un recurso. La Sección 6.5 le indica cómo presentar una apelación en caso de que rechacemos su solicitud.

En la siguiente sección, encontrará información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

### Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

**Paso 1: Nos pide que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró.**

#### *Qué hacer*

- **Solicite el tipo de decisión de la cobertura que usted desea.** Comience por llamarnos, escribírnos o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que emite recetas) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada, *Cómo puede comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*. O bien, si nos está pidiendo que le reembolsemos por un medicamento, vaya a la sección llamada, *Dónde puede enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que haya recibido*.
- **Usted o su médico u otra persona que actúe en su nombre** puede solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento,** comience por leer el Capítulo 7 de este manual: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación que nos solicita que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que usted pagó.
- **Si solicita una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”.** Su médico u otro profesional que emite recetas deben darnos las razones médicas para la excepción del medicamento que está solicitando. (Esto se denomina “declaración de respaldo”). Su médico u otro profesional que emite recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O bien, su médico u otro profesional que emite recetas pueden informarnos por teléfono y hacer un seguimiento enviándonos por fax o por correo una declaración por

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

escrito si es necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS que está disponible en nuestro sitio web.

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “ <b>determinación de cobertura acelerada</b> ”.

*Si su salud lo requiere, solicítenos que le demos una “decisión de cobertura rápida”.*

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar”, a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si estás pidiendo un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si el uso de los plazos estándares podría *causar un daño grave a su salud o dañar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico u otro profesional que emite recetas nos dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos brindarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico u otro profesional que emite recetas), decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - En esta carta, se le dirá que, si su médico u otro profesional que emite recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
  - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le indica cómo presentar una “queja rápida”, lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su queja dentro de las 24

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

---

horas posteriores a la recepción de la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

### **Paso 2: Evaluamos su solicitud y le damos una respuesta.**

#### *Plazos para una “decisión de cobertura rápida”*

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en 24 horas**.
  - Por lo general, esto significa dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, 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, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en las apelaciones de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le diremos cómo puede apelar.

#### *Plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido*

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta **en 72 horas**.
  - Por lo general, esto significa dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, 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, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en las apelaciones de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó:**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos proporcionar **dentro de las 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.

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

- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le diremos cómo puede apelar.

***Plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró***

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, 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, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en las apelaciones de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó**, también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le diremos cómo puede apelar.

**Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.**

- Si rechazamos su solicitud de cobertura, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, la decisión que tomamos.

<b>Sección 6.5</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)</b>
--------------------	--

<b>Términos legales</b>
-------------------------

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina “redeterminación” del plan.
---

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

---

**Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente su apelación de Nivel 1.** Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

### *Qué hacer*

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante o su médico u otro profesional que emite recetas) debe comunicarse con nosotros.**
  - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo, o en nuestro sitio web, por cualquier motivo relacionado con su apelación, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada, *Cómo puede comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación enviando una solicitud por escrito.**
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que se muestra en la Sección 1 del Capítulo 2** (*Cómo puede comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.*)
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS que está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados para no cumplir con la fecha límite pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más información.**
  - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que emite recetas pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “redeterminación acelerada”.

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

---

### *Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”*

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que emite recetas deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la Sección 6.4 de este capítulo.

### **Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.**

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico u otro profesional que emite recetas para obtener más información.

### *Plazos para una “apelación rápida”*

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Si no le damos una 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, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

### *Plazos para una “apelación estándar”*

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere. Si cree que su salud lo requiere, debe solicitar 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, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

---

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó:**
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que hemos acordado brindarle tan pronto como su salud lo requiera, pero **a más tardar 7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
  - Si aprobamos una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no le damos una decisión dentro de los 14 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, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en las apelaciones de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó**, también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

### **Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.**

- Si rechazamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o continúa presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

<b>Sección 6.6</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2</b>
--------------------	---

Si rechazamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o continúa presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

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

---

### Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**” (del inglés “Independent Review Entity”).

### **Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro profesional que emite recetas) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.**

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, la notificación por escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación a la Organización de Revisión Independiente, enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Tiene derecho a proporcionar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

### **Paso 2: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación y le da una respuesta.**

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones sobre sus beneficios de la Parte D con nosotros.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

#### *Plazos para la “apelación rápida” en el Nivel 2*

- Si su salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización de revisión acepta darle una “apelación rápida”, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente responde afirmativamente a todo o parte de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue

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

---

aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

### *Plazos para la “apelación estándar” en el Nivel 2*

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación del Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente responde de manera afirmativa a todo o parte de lo que solicitó:**
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos su solicitud de apelación.

### **¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?**

Si esta organización rechaza su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se lo denomina “rechazar su apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita debe alcanzar un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva. El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará 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 solicita cumple con el requisito, usted elige si desea continuar con su apelación.**

- Hay 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 cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera

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

---

apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de su segunda apelación.

- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

---

### SECCIÓN 7      **Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto**

---

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*.

Durante su estancia en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que saldrá del hospital. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de su partida.

- El día que sale del hospital se denomina su “**fecha de alta**”.
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si cree que se le pide que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estancia hospitalaria más prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección le dice cómo presentar la solicitud.

<b>Sección 7.1</b>	<b>Durante su estancia en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos</b>
--------------------	--

Durante su estancia en el hospital cubierta, se le entregará un aviso por escrito llamado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas con cobertura de Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que ingresan en un hospital. Alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social, una enfermera) debe dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado. Si no recibe el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En el aviso, se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos los siguientes:
  - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia en el hospital, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a conocer estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede recibirlos.
  - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estancia en el hospital, y su derecho a saber quién lo pagará.
  - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
  - Su derecho a apelar su decisión de alta si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto.

### Términos legales

El aviso escrito de Medicare le informa cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”**. Solicitar una revisión inmediata es una forma formal y legal de solicitar una demora en la fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria por más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le indica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

- 2: **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
  - Se les pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
  - Firmar el aviso *solamente* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no brinda su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán dicha fecha). Firmar el aviso **no significa** que está acordando una fecha de alta.
3. **Conserve su copia** del aviso para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.
  - Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de salida del hospital, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.

Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html)

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta hospitalaria**

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica a continuación.
- **Cumpla con las fechas límite.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). O bien, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental 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.** Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

**Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.**

*¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?*

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que controle y ayude a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare.

*¿Cómo puede comunicarse con esta organización?*

- La notificación por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O bien, puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este manual).

*Actúe rápido:*

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. *antes de abandonar el hospital y a más tardar a la medianoche del día de*

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

**su alta.** (Su “fecha de alta planificada” es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).

- Si cumple con este plazo, se le permitirá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera recibir la decisión sobre su apelación de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con el Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y aún desea apelar, debe presentar una apelación directamente a nuestro plan.. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

### *Solicite una “revisión rápida”:*

- Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que utilice los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de los plazos estándares.

Términos legales
Una “ <b>revisión rápida</b> ” también se denomina “ <b>revisión inmediata</b> ” o “ <b>revisión acelerada</b> ”.

### **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 de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero tiene derecho a hacerlo si lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Para el mediodía del día después de que los revisores informaron a nuestro plan de su apelación, también recibirá un aviso por escrito que le indicará su fecha de alta planificada y explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

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

### Términos legales

Esta explicación por escrito se denomina “**Aviso detallado de alta**”. Puede obtener una muestra de este aviso llamando a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, puede ver un aviso de muestra en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices)

**Paso 3:** En un plazo 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 afirmativa?*

- Si la organización revisora dice que sí a su apelación, **debemos seguir proporcionando sus servicios de hospitalización cubiertos durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o los copagos, si se aplican). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este manual).

#### *¿Qué sucede si la respuesta es negativa?*

- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es *negativa*, están diciendo que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto pasa, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalario como paciente hospitalizado terminarán** al mediodía del día *posterior* a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad da una respuesta para su apelación.
- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es *negativa* y decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.

**Paso 4:** Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista para el alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa pasar al “Nivel 2” del proceso de apelación.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta hospitalaria**

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista para el alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a examinar la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estancia después de la fecha de alta prevista.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

**Paso 1: Vuelve a ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y pide otra revisión.**

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** a partir del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dijo que *no* a su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

**Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.**

- Los revisores de la Organización para Mejora de la Calidad analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

**Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.**

*Si la organización a cargo de la revisión dice que sí:*

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que ha recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura para su atención hospitalaria durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Debe seguir pagando su parte de los costes y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

*Si la organización a cargo de la revisión dice que no:*

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama “mantener la decisión”.
- La notificación que reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, del que se encarga un juez de derecho administrativo o un mediador.

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

### **Paso 4: Si la respuesta es negativa, tendrá que decidir si quiere llevar su apelación más allá, pasando al Nivel 3.**

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si la organización revisora rechaza su apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un mediador manejan su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 7.4</b>	<b>¿Qué sucede si le vence el plazo para una Apelación de Nivel 1?</b>
--------------------	--

#### **Puede presentar la apelación ante nosotros.**

Como se explica en la Sección 7.2, debe actuar con rapidez para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad e iniciar la primera apelación de su alta hospitalaria. (“Rápido” significa antes de dejar el hospital y no más tarde de su fecha de alta planificada, lo que ocurra primero). Si se le vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

#### **Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 *alternativa***

Si se le vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

<b>Términos legales</b>
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se llama “ <b>apelación acelerada</b> ”.

#### **Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.**

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada, *Cómo puede comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica.*
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”.

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

---

### **Paso 2: Hacemos una “revisión rápida” de su fecha de alta prevista, comprobando si era médicamente apropiada.**

- Durante esta revisión, examinamos toda la información sobre su estancia en el hospital. Verificamos si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debe abandonar el hospital ha sido justa y ha seguido todas las normas.
- En esta situación, utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión.

### **Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que solicite una “revisión rápida” (“apelación rápida”).**

- **Si decimos que sí a su apelación rápida**, significa que hemos acordado con usted que todavía necesita estar en el hospital después de la fecha de alta y seguiremos proporcionando sus servicios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si decimos que no a su apelación rápida**, estamos diciendo que su fecha de alta prevista era médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios de hospitalización finaliza a partir del día en que dijimos que terminaría la cobertura.
  - Si se quedó en el hospital *después* de su fecha de alta planificada, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

### **Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso *automáticamente* será enviado al siguiente nivel del proceso de apelaciones.**

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.

### **Paso a paso: Proceso de apelación *alternativo* de nivel 2**

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

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

---

### Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**” (del inglés “Independent Review Entity”).

### **Paso 1: Enviaremos automáticamente 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 posteriores a la fecha en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 10 de este capítulo, se le indica cómo presentar una queja).

### **Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.**

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación del alta hospitalaria.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es afirmativa,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que ha recibido desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto reembolsaríamos o cuánto tiempo continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es negativa,** significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta hospitalaria planificada era médicamente adecuada.
  - El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un mediador.

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

### **Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.**

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## **SECCIÓN 8      Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto**

<b>Sección 8.1</b>	<b><i>Esta sección trata solo sobre tres servicios: Servicios de atención médica domiciliaria, centro de enfermería especializada y Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)</i></b>
--------------------	--

Esta sección trata sobre los siguientes tipos de atención *solamente*:

- **Servicios de atención médica en el hogar** que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para ser considerado un “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que recibe como paciente ambulatorio en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de instalaciones, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida su parte del costo y cualquier limitación a la cobertura que pueda aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*.

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

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, debemos informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.*

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** En esta sección, se le indica cómo solicitar una apelación.

### Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

- 1. Recibirá un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, usted recibirá un aviso.
  - El aviso por escrito le informa la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
  - También le indica lo que puede hacer si desea solicitarle a nuestro plan que cambie esta decisión sobre cuándo finalizar su atención y que continúe cubriéndola durante un período de tiempo más prolongado.

#### Términos legales

Al informarle lo que puede hacer, el aviso por escrito le indica cómo puede solicitar una **“apelación rápida”**. Solicitar una apelación rápida es una forma formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo interrumpir su atención. (En la Sección 8.3 a continuación, se le indica cómo puede solicitar una apelación rápida).

El aviso por escrito se denomina **“Aviso de no cobertura de Medicare”**.

- 2: Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
  - Se les pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La Sección 4 le indica cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
  - Firmar el aviso *solamente* demuestra que ha recibido la información sobre el momento en que finalizará su cobertura. **Firmar no significa que está de acuerdo** con el plan en que es hora de dejar de recibir la atención.

### Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período de tiempo más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica a continuación.

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

---

- **Cumpla con las fechas límite.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple los plazos correspondientes a lo que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe respetar. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). O bien, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

**Si solicita una apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si cambia la decisión tomada por nuestro plan.**

**Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar con rapidez.**

### *¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?*

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Verifican la calidad de la atención que reciben las personas que tienen cobertura de Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

### *¿Cómo puede comunicarse con esta organización?*

- El aviso por escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O bien, puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este manual).

### *¿Qué debería solicitar?*

- Solicite a esta organización una “apelación acelerada” (para realizar una revisión independiente) respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura de sus servicios médicos.

### *Su plazo para comunicarse con esta organización.*

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia del Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con el Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y aún desea apelar, debe presentar una apelación

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

---

directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

### **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 de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero tiene derecho a hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le haya proporcionado.
- Al final del día, los revisores nos informarán de su apelación, y también recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que explica en detalle nuestras razones para finalizar nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales
Este aviso de explicación se denomina “ <b>Explicación detallada de no cobertura</b> ”.

### **Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.**

#### *¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?*

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o los copagos, si se aplican). Además, puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este manual).

#### *¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?*

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos indicado.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Si decide seguir recibiendo cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que finaliza su cobertura, entonces **tendrás que pagar el costo total** de esa atención usted mismo.

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

### **Paso 4:** Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que presenta es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide continuar recibiendo atención después de que finalice la cobertura, entonces podrá presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa pasar al “Nivel 2” del proceso de apelación.

<b>Sección 8.4</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo</b>
--------------------	--

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación y elige continuar recibiendo atención después de que finalice su cobertura, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a examinar la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

### **Paso 1:** Vuelve a ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y pide otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

### **Paso 2:** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para Mejora de la Calidad analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

### **Paso 3:** Dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán su decisión.

#### *¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?*

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

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

### *¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?*

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- La notificación que reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, del que se encarga un juez de derecho administrativo o un mediador.

### **Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación.**

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un mediador manejan su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 8.5</b>	<b>¿Qué sucede si me vence el plazo para una apelación de Nivel 1?</b>
--------------------	--

### **Puede presentar la apelación ante nosotros.**

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y comenzar su primera apelación (dentro de uno o dos días, como máximo). Si se le vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

### **Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 *alternativa***

Si se le vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

Estos son los pasos para una apelación de Nivel 1 alternativa:

<b>Términos legales</b>
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se llama “ <b>apelación acelerada</b> ”.

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

---

### **Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.**

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada, *Cómo puede comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”.

### **Paso 2: Hacemos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.**

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información sobre su caso. Verificamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión.

### **Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que solicite una “revisión rápida” (“apelación rápida”).**

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos acordado con usted que necesita los servicios por más tiempo y seguiremos brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** entonces su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura, entonces **tendrás que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

### **Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso *automáticamente* pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones.**

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”.** Cuando hacemos esto, significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.

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

### Paso a paso: Proceso de apelación *alternativo* de nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ <b>Entidad de Revisión Independiente</b> ”. A veces se la denomina “ <b>IRE</b> ” (del inglés “Independent Review Entity”).

#### **Paso 1: Enviaremos automáticamente 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 posteriores a la fecha en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 10 de este capítulo, se le indica cómo presentar una queja).

#### **Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.**

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. También debemos continuar cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto reembolsaríamos o cuánto tiempo continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y no la cambiarán.
  - El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de Nivel 3.

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

### **Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.**

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un mediador manejan su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## **SECCIÓN 9      Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá**

### **Sección 9.1      Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos**

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede apelar más. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de la misma manera. A continuación, se indica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.**

- **Si el juez de derecho administrativo o el mediador dice acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de una decisión del Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o del mediador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos adjuntos. Es posible que esperemos la

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

---

decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.

- **Si el juez de derecho administrativo o el mediador deniega su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el mediador deniega su apelación, el aviso que reciba le dirá qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

**Apelación de Nivel 4** El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de una decisión de Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico cumple con el valor en dólares requerido.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si rechazamos la apelación o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le dirá si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, la notificación por escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez del Tribunal Federal de Primera Instancia revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D**

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que presentó la apelación alcanza una cierta cantidad en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de la misma manera. A continuación, se indica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3** Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobado por el juez de derecho administrativo o el mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el mediador deniega su apelación, el aviso que reciba le dirá qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

**Apelación de Nivel 4** El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**

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

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisar la apelación, el aviso que reciba le dirá si las reglas le permiten pasar al Nivel 5 de apelación. Si las normas le permiten continuar, la notificación por escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

## CÓMO PRESENTAR QUEJAS

### SECCIÓN 10      **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**

- ❓ Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es la indicada*. En su lugar, debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

#### Sección 10.1      **¿Qué tipo de problemas se tratan mediante el proceso de quejas?**

Esta sección explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas *solamente* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, se muestran ejemplos de los tipos de problemas que se tratan mediante el proceso de quejas.

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

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”.

Queja	Ejemplo
<b>Calidad de su atención médica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?</li> </ul>
<b>Respeto de su privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?</li> </ul>
<b>Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted?</li> <li>• ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en Servicio al Cliente?</li> <li>• ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?</li> </ul>
<b>Tiempos de espera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla?</li> <li>• ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicio al Cliente u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera, para obtener una receta o en la sala de exámenes.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Limpieza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?</li> </ul>
<b>Información que recibe de nosotros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle?</li> <li>• ¿Cree que la información por escrito que le hemos proporcionado es difícil de entender?</li> </ul>

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

Queja	Ejemplo
<p><b>Puntualidad</b> (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)</p>	<p>El proceso de solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación, utilice ese proceso, no el proceso de quejas.</p> <p>Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación se muestran algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si nos ha pedido que le demos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja.</li> <li>• Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja.</li> <li>• Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, existen plazos que debemos respetar. Si cree que no estamos cumpliendo con estos plazos, puede presentar una queja.</li> <li>• Cuando no le proporcionamos una decisión a tiempo, debemos enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo requerido, puede presentar una queja.</li> </ul>

**Sección 10.2** El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”

### Términos legales

- En esta sección, una “queja” también se denomina “reclamo”.
- Otro término para “presentar una queja” es “presentar un reclamo”.
- Otra forma de decir “utilizar el proceso de quejas” es “utilizar el proceso para interponer un reclamo”.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja****Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.**

- **Por lo general, llamar a Servicio de al Cliente es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, e Servicio al Cliente se lo informará. Puede llamarnos al (833) 388-8168 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los días de semana, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
  - Así es como funciona:
    - Usted o alguien que usted nombre puede presentar una queja. La persona que nombre será su representante. Puede nombrar a un familiar, amigo, abogado, defensor, médico o cualquier otra persona para que actúe en su nombre.
    - Si desea que alguien actúe en su nombre, pero esa persona aún no está autorizada por el tribunal o en virtud de la ley estatal, entonces usted y esa persona deben firmar y fechar una declaración que le proporcione a la persona un permiso legal para ser su representante. Para saber cómo nombrar a su representante, puede llamar a Servicio al Cliente. Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual.
    - Se debe presentar una queja, ya sea verbalmente o por escrito, dentro de los 60 días posteriores al evento o incidente. Debemos abordar su queja tan pronto como lo requiera su caso en función de su estado de salud, pero a más tardar 30 días después de recibir su proceso para presentar una queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días si solicita la extensión, o si justificamos la necesidad de información adicional y la demora es lo mejor para usted.
    - Se puede presentar un reclamo acelerado con respecto a una decisión del plan de no realizar una respuesta rápida a una decisión de cobertura o apelación, o si tomamos una extensión de una decisión de cobertura o apelación. Debemos responder a su reclamo acelerada dentro de las 24 horas.
- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con Servicio al Cliente de inmediato.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario posteriores a la aparición del problema por el que desea presentar la queja.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida”.** Si tiene una “queja rápida”, significa que le proporcionaremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**

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

### Términos legales

En esta sección, una “**queja rápida**” también se denomina “**reclamo acelerado**”.

### **Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.**

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no se hace responsable del problema por el que se queja, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta respuesta. Debemos responder sin importarnos si estamos de acuerdo con la queja o no.

### **Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad**

Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió mediante el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* interponer el reclamo ante nosotros).
  - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
  - Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte la Sección 4 del Capítulo 2 de este manual. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja a ambas organizaciones al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención a nosotros y también a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

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

---

**Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja**

Puede enviar una queja sobre Clever Care Health Plan directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si cree que el plan no está abordando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

# CAPÍTULO 10

*Cancelación de su membresía en el  
plan*

## **Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>266</b>
Sección 1.1	En este capítulo, nos centramos en la cancelación de su membresía en nuestro plan .....	266
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>¿Cuándo puede finalizar usted la membresía en nuestro plan? .....</b>	<b>266</b>
Sección 2.1	Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual .....	266
Sección 2.2	Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage.....	267
Sección 2.3	En algunas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de Inscripción Especial.....	268
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?.....	269
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Cómo puede finalizar usted la membresía en nuestro plan? .....</b>	<b>270</b>
Sección 3.1	En general, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan.....	270
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Hasta que su membresía finalice, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan .....</b>	<b>271</b>
Sección 4.1	Hasta que su membresía finalice, sigue siendo miembro de nuestro plan ..	271
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Clever Care Balance Medicare Advantage debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....</b>	<b>272</b>
Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?.....	272
Sección 5.2	<u>N</u> o podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud .....	273
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan .....	273

---

## **SECCIÓN 1      Introducción**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>En este capítulo, nos centramos en la cancelación de su membresía en nuestro plan</b>
--------------------	--

Finalizar su membresía en Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO) podría ser **voluntario** (su decisión) o **involuntario** (no es su decisión):

- Podría dejar el plan porque decidió que *quiere* dejarlo.
  - Hay solo algunos momentos del año, o ciertas situaciones, en los que podría finalizar su membresía en el plan de manera voluntaria. En la Sección 2, se le indica *cuándo* puede finalizar su membresía en el plan.
  - El proceso para finalizar su membresía de manera voluntaria varía en función del tipo de cobertura nueva que elija. En la Sección 3, se le indica *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que usted no elige dejar el plan, pero estamos obligados a terminar su membresía. En la Sección 5, se le indica sobre estas situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si deja nuestro plan, debe seguir recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

---

## **SECCIÓN 2      ¿Cuándo puede finalizar usted la membresía en nuestro plan?**

---

Puede finalizar su membresía en nuestro plan solo durante determinados períodos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de Inscripción Anual y durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage. En determinadas situaciones, también puede optar por dejar el plan en otros momentos del año.

<b>Sección 2.1</b>	<b>Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual</b>
--------------------	---

Puede finalizar su membresía durante el **Período de Inscripción Anual** (también llamado “Período de Inscripción Abierta Anual”). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura médica y de medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de Inscripción Anual?** Transcurre del 15 de octubre al 7 de diciembre.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de Inscripción Anual?**  
Puede optar por mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar de plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan médico de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no los cubra).
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
  - –U– Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
    - **Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

**Nota:** Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 o más días seguidos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándares de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

<b>Sección 2.2</b>	<b>Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage</b>
--------------------	---

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura médica durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage anual?**  
Transcurre cada año del 1.º de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage?** Durante este momento, puede:
  - Cambiarse a otro Medicare Advantage Plan. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no los cubra).
  - Cancelar su inscripción en el plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento.

**Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan**

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente al que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

<b>Sección 2.3</b>	<b>En algunas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de Inscripción Especial</b>
--------------------	--

En ciertas situaciones, los miembros de Clever Care Balance Medicare Advantage podrían ser elegibles para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de Inscripción Especial?** Si ocurre alguna de las siguientes situaciones, puede optar por finalizar su membresía durante un período de Inscripción Especial. Estos son solo ejemplos; para ver una lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)):
  - En general, cuando se ha mudado.
  - Si tiene Med-Cal
  - Si es elegible para la “Ayuda adicional” con el pago de sus medicamentos recetados de Medicare.
  - Si infringimos el contrato que firmamos con usted.
  - Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC).
  - Si se inscribe en el Programa de atención integral para personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
  - **Nota:** Si está en un programa de gestión de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En el Capítulo 5, Sección 10, se explica más sobre los programas de gestión de medicamentos.
- **¿Qué son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según la situación.
- **¿Qué puedo hacer?** Para saber si es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto la cobertura médica de Medicare como la de los medicamentos recetados. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan médico de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no los cubra).

- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- –U– Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

**Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

**Nota:** Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante un período continuo de 63 o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándares de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

<b>Sección 2.4</b>	<b>¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?</b>
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre cuándo puede finalizar su membresía:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- Puede encontrar la información en el manual de *Medicare y usted 2022*.
  - Todas las personas con Medicare reciben una copia del manual *Medicare y usted 2022* cada año en el otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez.
  - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). O puede pedir una copia impresa llamando a Medicare al número que figura a continuación.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar usted la membresía en nuestro plan?

---

<b>Sección 3.1</b>	<b>En general, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan</b>
--------------------	--

En general, para finalizar su membresía a nuestro plan, basta con inscribirse en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe pedir que se cancele su inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir la cancelación de la inscripción:

- Puede pedirnoslo por escrito. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- –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.

**Nota:** Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante un período continuo de 63 o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándares de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

En la tabla a continuación, se explica cómo debe finalizar su membresía a nuestro plan.

<b>Si desea cambiarse de nuestro plan a:</b>	<b>Debe hacer esto:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Otro plan médico de Medicare.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inscribese en el plan médico nuevo de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción de Clever Care Balance Medicare Advantage cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</li></ul>

**Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan**

<b>Si desea cambiarse de nuestro plan a:</b>	<b>Debe hacer esto:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción de Clever Care Balance Medicare Advantage cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Nota:</b> Si cancela su inscripción en el plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 o más días seguidos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción.</b> Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).</li> <li>También puede comunicarse con <b>Medicare</b>, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se anule su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</li> <li>Se cancelará su inscripción de Clever Care Balance Medicare Advantage automáticamente cuando comience la cobertura en Original Medicare.</li> </ul>

## **SECCIÓN 4 Hasta que su membresía finalice, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan**

### **Sección 4.1 Hasta que su membresía finalice, sigue siendo miembro de nuestro plan**

Si deja Clever Care Balance Medicare Advantage, puede pasar tiempo antes de que termine su membresía y entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre la fecha en la que comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe seguir recibiendo la atención médica y los medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- Debe seguir utilizando las farmacias de nuestra red para obtener sus medicamentos recetados hasta que finalice su membresía a nuestro plan.** Por lo general, sus

medicamentos recetados solo están cubiertos si se surten en una farmacia de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de venta por correo.

- **Si es hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su estancia en el hospital estará normalmente cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

---

## **SECCIÓN 5 Clever Care Balance Medicare Advantage debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones**

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?</b>
--------------------	---

**Clever Care Balance Medicare Advantage debe finalizar su membresía al plan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:**

- Ya no tiene la Parte A ni la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar al Servicio al Cliente para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este manual).
- Si lo encarcelan (va a la cárcel).
- No es ciudadano estadounidense o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga que proporcione cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos da intencionadamente información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta a su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de forma perturbadora y nos dificulta la prestación de atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare).
  - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.

**Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan**

---

- Si se le exige que pague el monto adicional de la Parte D por su ingreso y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

**¿Dónde puede obtener más información?**

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre cuándo podemos dar por terminada su membresía:

- También puede llamar a **Servicio al Cliente** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

<b>Sección 5.2</b>	<b><u>No</u> podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud</b>
--------------------	---

Clever Care Balance Medicare Advantage no puede pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

**¿Qué debo hacer si esto sucede?**

Si cree que se le pide que abandone nuestro plan por un motivo relacionado 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 llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

<b>Sección 5.3</b>	<b>Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan</b>
--------------------	--

Si ponemos fin a su membresía a nuestro plan, debemos comunicarle por escrito los motivos de la misma. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamación sobre nuestra decisión de poner fin a su membresía. En la Sección 10 del Capítulo 9 encontrará información sobre cómo presentar una queja.

# CAPÍTULO 11

*Avisos legales*

**Capítulo 11. Avisos legales**

<b>SECTION 1</b>	<b>Notice about governing law.....</b>	<b>276</b>
<b>SECTION 2</b>	<b>Notice about nondiscrimination.....</b>	<b>276</b>
<b>SECTION 3</b>	<b>Notice about Medicare Secondary Payer subrogation rights.....</b>	<b>276</b>
<b>SECTION 4</b>	<b>Overpayment recovery.....</b>	<b>277</b>
<b>SECTION 5</b>	<b>Reporting Fraud, Waste and Abuse.....</b>	<b>277</b>

---

## **SECCIÓN 1      Aviso sobre la ley vigente**

---

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de Cobertura* y algunas disposiciones adicionales pueden aplicarse porque son requeridas por la ley. Esto puede afectar a sus derechos y responsabilidades aunque las leyes no estén incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados en virtud de la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

---

## **SECCIÓN 2      Aviso sobre la negación de discriminación**

---

Nuestro plan debe cumplir las leyes que le protegen de la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención Médica Asequible, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que obtienen financiamiento federal y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea más información o le preocupa la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Si tiene una queja, como un problema de acceso a la silla de ruedas, el Servicio al Cliente puede ayudarle.

---

## **SECCIÓN 3      Aviso sobre los derechos de subrogación de Pagador secundario de Medicare**

---

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de los CMS expuestas en las secciones 422.108 y 423.462 en el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Clever Care Balance Medicare Advantage, como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario ejerce en virtud de las regulaciones de los CMS expuestas en las subpartes B a D de la parte 411 en el Título 42 del CFR y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

---

## **SECCIÓN 4      Recuperación de un pago excesivo**

---

Podemos recuperar cualquier pago excesivo que hagamos por los servicios de cualquier persona que reciba dicho pago excesivo o de cualquier persona u organización obligada a pagar por los servicios.

---

## **SECCIÓN 5      Cómo denunciar el fraude, el derroche y el abuso**

---

### **Usted puede ayudar a prevenir el fraude en la atención médica.**

La Asociación Nacional contra el Fraude en la Atención Médica estima que las pérdidas financieras por fraude en la atención de la salud ascienden a unos 100 millones de dólares diarios. Usted puede ayudar a Clever Care Health Plan a prevenir, detectar y corregir el fraude en la atención médica denunciando cualquier actividad sospechosa. Al denunciar una situación que pueda ser un posible fraude en la atención médica, usted está haciendo su parte para ayudar a ahorrar dinero para el sistema de atención médica.

### **¿Qué es el fraude, derroche y abuso de la atención médica?**

El **fraude** ocurre cuando alguien a conciencia y voluntariamente presenta una reclamación falsa que genera pagos inapropiados.

Ejemplos: Facturar por servicios no prestados, falsear el diagnóstico de un paciente para justificar procedimientos innecesarios o aceptar pagos indebidos por derivaciones de pacientes.

El **derroche** es el uso excesivo de los servicios u otras prácticas que, directa o indirectamente, dan lugar a gastos médicos innecesarios. Esto incluye el uso indebido de los recursos, lo que generalmente no se considera una acción delictiva negligente.

Ejemplos: La solicitud excesiva de pruebas de diagnóstico, el uso desmedido de visitas al consultorio, o el envío de medicamentos de la farmacia a los miembros sin confirmar si aún los necesitan.

El **abuso** es una acción que puede dar como resultado gastos médicos innecesarios. Se trata de un abuso, cuando una persona o entidad, sin ser consciente de ello o a propósito, falsea los hechos para obtener un pago.

Ejemplos: Cobrar en exceso por insumos o servicios, proveer servicios médicamente innecesarios, o visitar diferentes médicos o salas de emergencias para obtener analgésicos.

### **Protéjase y proteja sus beneficios**

- Nunca facilite sus números del Seguro Social, de Medicare o del plan de salud, ni sus datos bancarios a alguien que no conozca.
- No acepte ninguna prueba de laboratorio sin la orden de su médico
- Es ilegal aceptar cualquier cosa de valor a cambio de servicios médicos.

## **Esté atento al fraude de las pruebas genéticas**

Los estafadores abordan a los inscritos desprevenidos en ferias de salud, centros de ancianos y otros lugares de confianza para llevar a cabo el fraude de las pruebas genéticas. Prometen falsamente que Medicare pagará la prueba y que todo lo que hay que hacer es proporcionar un hisopo de la mejilla, una identificación y la información de Medicare para recibir los resultados de la prueba.

Si usted es víctima de este tipo de estafa, estas personas deshonestas tienen ahora su información personal y genética, y pueden facturar a Medicare miles de dólares por un servicio que nunca recibió.

## **Cómo denunciar el posible fraude, derroche y abuso (Fraud, Waste and Abuse, FWA)**

Clever Care le brinda diversas maneras de denunciar posibles problemas de FWA. Para obtener más información sobre cómo denunciar, visite nuestro sitio web, [es.clevercarehealthplan.com](https://es.clevercarehealthplan.com).

# CAPÍTULO 12

*Definiciones de palabras importantes*

## **Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes**

**Centro quirúrgico ambulatorio:** un Centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el fin de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estancia prevista en el centro no supera las 24 horas.

**Período de inscripción anual:** un momento determinado cada otoño en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos o pasarse a Medicare Original. El Período de Inscripción Anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

**Apelación:** una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o el pago de servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería recibir. En el capítulo 9, se explican las apelaciones, incluido el proceso de presentación de estas.

**Facturación del saldo:** cuando un proveedor (por ejemplo, un médico u hospital) factura a un paciente una cantidad superior al costo compartido permitido por el plan. Como miembro de Clever Care Balance Medicare Advantage, tiene que pagar solamente las cantidades del costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores “facturen el saldo” ni que le cobren más de la cantidad de gastos compartidos que su plan indica que debe pagar.

**Asignación de beneficios:** es el dinero que el plan le proporciona para un fin específico, como el pago de los costos de la atención médica, o que se agrega a una cuenta de gastos flexible para pagar los servicios

**Período de beneficios:** la forma en que tanto nuestro plan como Medicare Original miden su uso de los servicios de hospital y centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, un nuevo período de beneficios comenzará. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.

**Medicamento de marca:** un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de principio activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, por lo general, no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca ha expirado.

**Etapas de cobertura catastrófica:** etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes

**Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes**

---

calificadas en su nombre hayan gastado \$7,050 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

**Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS):** la agencia Federal que administra Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo comunicarse con los CMS.

**Coseguro:** monto que se le puede solicitar que pague como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados. El coseguro suele ser un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

**Queja:** el nombre formal para “presentar una queja” (en inglés, el término formal es “grievance”). El proceso de quejas *solamente* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también “Queja” en esta lista de definiciones.

**Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF):** un centro que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y proporciona una variedad de servicios que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

**Copago:** cantidad que puede tener que pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita ambulatoria al hospital o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija, más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento recetado.

**Costo compartido:** el costo compartido hace referencia a las cantidades que paga el miembro cuando recibe servicios o medicamentos. Costo compartido incluye cualquier combinación de los tres tipos de pagos siguientes (1) cualquier cantidad deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad fija de “copago” que un plan exija cuando se reciba un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de “coseguro”, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento, que un plan exija cuando se reciba un servicio o medicamento específico. Puede aplicarse una “tasa diaria de costos compartidos” cuando su médico le receta un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago.

**Nivel de costos compartidos:** todos los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos se encuentran en uno de los seis niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento:

**Determinación de la cobertura:** la decisión de si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y el importe, en su caso, que debe pagar por la receta. En general, si usted lleva su receta a una farmacia y esta le dice que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Tiene que llamar o escribir a su plan para pedir una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman “decisiones de cobertura” en este manual. En el Capítulo 9, se explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

**Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes**

---

**Medicamentos cubiertos:** es el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

**Servicios cubiertos:** es el término general que utilizamos para referirnos a todos los servicios y suministros médicos que están cubiertos por nuestro plan.

**Cobertura acreditable de medicamentos con receta:** es una cobertura de un medicamento recetado (por ejemplo, de un empleador o grupo sindical) que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que debe pagar, al menos, lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando cumplen los requisitos para acceder a Medicare pueden, por lo general, mantener esa cobertura sin pagar una penalización, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

**Atención de custodia:** es la atención que se brinda en un hogar de ancianos, un centro de hospicio u otro centro de atención cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia son los cuidados personales que pueden prestar personas que no tienen conocimientos o formación profesional, como la ayuda en las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de la gente hace por sí misma, como el uso de gotas para los ojos. Medicare no paga este tipo de atención de custodia.

**Servicio al Cliente:** un departamento dentro de nuestro plan responsable de contestar a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicio al Cliente.

**Tasa diaria de costos compartidos:** puede aplicarse una “tasa diaria de costos compartidos” cuando su médico le receta un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos para usted y usted debe pagar un copago. La tasa diaria de costos compartidos es el copago dividido por el número de días de un mes. He aquí un ejemplo: Si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es \$30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su “tasa diaria de costos compartidos” es \$1 por día. Es decir, usted paga \$1 por cada suministro diario cuando surte su receta.

**Deducible:** la cantidad que debe pagar por los medicamentos recetados o la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

**Cancelación de la inscripción o cancelar la inscripción:** el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación puede ser voluntaria (su decisión) o involuntaria (no es su decisión).

**Tarifa de dispensación:** es una tarifa que se cobra cada vez que un medicamento se dispensa para pagar el costo del surtido de un medicamento recetado. La tarifa de dispensación cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar el medicamento recetado.

**Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME):** determinados equipos médicos ordenados por su médico por razones médicas. Entre los ejemplos se incluyen: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

**Emergencia:** emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

**Atención de emergencia:** servicios cubiertos que son: 1) prestados por un proveedor cualificado para proporcionar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

**Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de Información:** este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como miembro a nuestro plan.

**Excepción:** un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro vademécum del patrocinador del plan (una excepción al vademécum), u obtener un medicamento no preferido en un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador del plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el que solicita, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al vademécum).

**Ayuda adicional:** un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

**Medicamento genérico:** un medicamento de prescripción aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento “genérico” funciona de la misma forma que un medicamento de marca y suele costar menos.

**Queja:** un tipo de queja que usted hace sobre nosotros o las farmacias, incluida una queja relativa a la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas de pago o cobertura.

**Asistencia para la salud en el hogar:** un asistente de salud a domicilio presta servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero o terapeuta autorizado, como la ayuda en los cuidados personales (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios recetados). Los asistentes de salud a domicilio no tienen licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

**Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes**

---

**Hospicio:** un miembro al que le queden 6 meses o menos de vida tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige el hospicio y sigue pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, así como las prestaciones complementarias que ofrecemos. El hospicio le proporcionará un tratamiento especial para su estado.

**Estancia hospitalaria como paciente hospitalizado:** una estancia en el hospital cuando haya sido ingresado formalmente para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se lo considere un “paciente ambulatorio”.

**Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA):** si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría no pagará una prima más alta.

**Asociación de Médicos Independientes (Independent Physician Association, IPA):** un grupo independiente de médicos y otros proveedores de atención médica contratados para prestar servicios a los miembros de Clever Care.

**Límite de cobertura inicial:** el límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

**Etapa de Cobertura Inicial:** es la etapa antes de que sus costos de medicamentos totales, incluidos los montos que pagó y los que su plan pagó en su nombre por el año hayan llegado a \$4,430.

**Período de Inscripción Inicial:** cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período durante el que puede inscribirse en la Parte A o en la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

**Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum o “Lista de medicamentos”):** una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye medicamentos de marca y genéricos.

**Subsidio por Bajos Ingresos (Low Income Subsidy, LIS):** Consulte “Ayuda adicional”.

**Monto máximo de su bolsillo:** el la máxima cantidad que paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y por sus medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de su bolsillo. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2, para obtener información sobre el monto máximo de su bolsillo.

**Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes**

---

**Medicaid (Asistencia Médica):** es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de la atención médica están cubiertos si se tiene derecho tanto a Medicare como a Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6, para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Medicaid en su estado.

**Indicación médicamente aceptada:** es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas.

**Médicamente necesario:** significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

**Medicare:** es el programa de seguro médico federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

**Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage:** un plazo determinado cada año en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage transcurre del 1.º de enero al 31 de marzo y también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

**Plan Medicare Advantage (MA):** a veces también se denomina Parte C de Medicare. Es el plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan de una HMO, de una PPO, un plan Privado sin Cargo (Private Fee-for-Service, PFFS) o un plan de una Cuenta para Ahorros Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Cuando está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan, y no se pagan en virtud de Original Medicare. En la mayoría de los casos, el plan Medicare Advantage también ofrece la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **Medicare Advantage Plans with Prescription Drug Coverage**. Todas las personas que tienen la Parte A y la Parte B de Medicare pueden inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su zona.

**Programa de descuentos durante el período sin cobertura de Medicare:** un programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del Período sin Cobertura y que no estén recibiendo ya

**Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes**

---

“Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría de los medicamentos de marca, aunque no todos, tienen descuentos.

**Servicios cubiertos de Medicare:** servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare.

**Plan de salud de Medicare:** un plan de salud de Medicare es ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para ofrecer los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye a todos los planes Medicare Advantage, Medicare Cost (planes de costo de Medicare), Programas de Demostración/Piloto y los Programas de atención integral para personas de edad avanzada (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

**Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare):** seguro que ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

**Póliza de “Medigap” (Seguro complementario de Medicare):** seguro complementario de Medicare vendido por empresas de seguros privadas para cubrir los “períodos sin cobertura” de Original Medicare. Las pólizas de seguro Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un Medicare Advantage Plan no es una póliza de Medigap).

**Miembro (Miembro de nuestro Plan o “Miembro del plan”):** una persona con Medicare que cumple los requisitos para obtener servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

**Farmacia de la red:** una farmacia de la red es aquella en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Las denominamos “farmacias de la red” porque tienen contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solamente si se obtienen en las farmacias de la red del plan.

**Proveedor de la red:** “proveedor” es el término general que utilizamos para referirnos a los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para brindar servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar así como proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red en función de los acuerdos que tiene con los proveedores o si estos aceptan prestarle los servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de red también pueden denominarse “proveedores del plan”.

**Determinación de organización:** el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de organización cuando toma una decisión sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de organización

**Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes**

---

se llaman “decisiones de cobertura” en este manual. En el Capítulo 9, se explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

**Original Medicare (“Traditional Medicare” o Medicare “con cargo por servicio”):** Original Medicare es ofrecido por el gobierno, y no por un plan médico privado, como los Medicare Advantage Plans y los planes de medicamentos recetados. En virtud de Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagando a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades establecidas por el Congreso. Puede acudir 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 parte que le corresponde. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en cualquier parte en los Estados Unidos.

**Farmacia fuera de la red:** una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o suministrar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que usted adquiere en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se den ciertas condiciones.

**Proveedor fuera de la red o instalación fuera de la red:** un proveedor o una instalación con la que no hemos acordado coordinar o prestar servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no son propiedad de nuestro plan o no están sujetos a un contrato para prestarle servicios cubiertos. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este manual.

**Costos de bolsillo:** consulte la definición de “costos compartidos” más arriba. El requisito de costo compartido del miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de “costo compartido” del miembro.

**Plan PACE:** un plan del programa de atención integral para personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) combina los servicios médicos, sociales y de cuidados de largo plazo (long-term care, LTC) para las personas frágiles, con el fin de ayudarlas a mantenerse independientes y a vivir en su comunidad (en lugar de trasladarse a un hogar de ancianos) el mayor tiempo posible, al tiempo que reciben los cuidados de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes del PACE reciben los beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan.

**Parte C:** consulte “Medicare Advantage (MA) Plan”.

**Parte D:** el programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare voluntario. (Para facilitar la referencia, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como Parte D).

**Medicamentos de la Parte D:** los medicamentos que pueden estar cubiertos en virtud de la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su vademécum

**Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes**

---

para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos específicamente de la cobertura de los medicamentos de la Parte D.

**Multa por inscripción tardía en la Parte D:** una cantidad que se agrega a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Usted paga este importe más elevado siempre que tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.

**Plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO):** el plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por una cantidad de pago específica. El plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, tanto si se reciben de proveedores de la red como de fuera de ella. El costo compartido por el miembro será generalmente mayor cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en los gastos de bolsillo por los servicios recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor en el total de los gastos de bolsillo combinados por los servicios de los proveedores de la red (preferidos) y de los proveedores fuera de la red (no preferidos).

**Prima:** el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de atención médica para la cobertura de salud o de medicamentos.

**Médico de Atención Primaria (Primary Care Physician, PCP):** el médico de atención primaria es el primer médico al que se acude para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano. También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y para que lo deriven a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1, para obtener información sobre los médicos de atención primaria.

**Autorización previa:** aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden o no estar en nuestro vademécum. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa se encuentran en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nuestra parte. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el vademécum.

**Prótesis y aparatos ortopédicos:** se trata de dispositivos médicos indicados por su médico u otro profesional de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y

**Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes**

---

dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

**Organización de Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO):** un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para comprobar y mejorar la atención prestada a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4, para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO en su estado.

**Límites de cantidad:** una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de determinados medicamentos por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden referirse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o durante un tiempo determinado.

**Servicios de rehabilitación:** estos servicios incluyen fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional.

**Área de servicios:** zona geográfica en la que un plan de salud acepta miembros si limita la membresía en función del lugar de residencia de las personas. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales a los que puede acudir, también suele ser el área en la que puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

**Atención en un Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF):** servicios de enfermería especializada y de rehabilitación prestados de forma continua y diaria, en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada son la fisioterapia o las inyecciones intravenosas, que solo pueden ser administradas por un enfermero o un médico.

**Período de inscripción especial:** un momento determinado cada otoño en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos o pasarse a Medicare Original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con sus costos de medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos, o si violamos nuestro contrato con usted.

**Plan de necesidades especiales:** un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más centrada en grupos específicos de personas, como los que tienen tanto Medicare como Medicaid, los que residen en un hogar de ancianos o los que padecen determinadas enfermedades crónicas.

**Terapia escalonada:** una 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 puede haberle recetado inicialmente.

**Ingreso de Seguridad Complementario (Supplemental Security Income, SSI):** un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que son

**Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes**

---

discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

**Servicios necesarios urgentemente:** se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios necesarios urgentemente pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente.

## Atención al Cliente de Clever Care Health Plan

Método	Servicio al Cliente: Información de contacto
<b>LLAME</b>	(833) 388-8168  Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. También ofrecemos servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711  Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
<b>ESCRIBA A</b>	Clever Care Health Plan 660 W Huntington Drive Suite 200 Arcadia, CA 91007
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://es.clevercarehealthplan.com">es.clevercarehealthplan.com</a>

## Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) (SHIP de California)

El HICAP un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría local gratuita sobre seguros médicos a las personas con Medicare.

Método	HICAP (SHIP de California)
<b>LLAME</b>	(800) 434-0222
<b>TTY</b>	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
<b>ESCRIBA A</b>	California Department of Aging 1300 National Drive Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling">aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling</a>

**Declaración de divulgación de la PRA** De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta contenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.