



1 de enero – 31 de diciembre, 2026

Evidencia de Cobertura para 2026:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura de medicamentos de Medicare como miembro de Clever Care Longevity (HMO)

Este documento proporciona los detalles de la cobertura de salud y de medicamentos de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- La prima del plan y el costo compartido.
- Los beneficios médicos y de medicamentos con receta.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es Del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana; del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Clever Care Longevity, es ofrecido por Clever Care Health Plan, Inc.. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Clever Care Health Plan, Inc.. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Clever Care Longevity).

Este documento está disponible de forma gratuita en inglés, chino (tradicional), coreano, vietnamita y español. También está disponible en diferentes formatos, como letra grande, audio u otros formatos alternativos si lo necesita. Si necesita información del plan en otro formato, llame a Servicios para Miembros al número indicado anteriormente.

Los beneficios, las primas, los deducibles y los copagos/coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2027.

El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarlo con al menos 30 días de anticipación.

H7607_26_CM1316_C 10302025

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro.....	4
SECCIÓN 1 Usted es miembro de Clever Care Longevity.....	4
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan.....	4
SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía	5
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Clever Care Longevity.....	7
SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual del plan.....	11
SECCIÓN 6 Mantener el registro de membresía del plan actualizado.....	13
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	14
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos.....	16
SECCIÓN 1 Información de contacto de Clever Care Longevity	16
SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare.....	20
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP).....	21
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO).....	22
SECCIÓN 5 Seguro Social.....	23
SECCIÓN 6 Medicaid.....	24
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta..	25
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).....	28
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador.....	29
CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para recibir servicios médicos.....	30
SECCIÓN 1 Cómo recibir atención médica como miembro de nuestro plan.....	30
SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red de nuestro plan para recibir atención médica.....	32
SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios en una emergencia, durante un desastre o cuando tiene una necesidad urgente de recibir atención.....	35
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos?.....	37
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica.....	38
SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica.....	40
SECCIÓN 7 Normas con respecto a la propiedad del equipo médico duradero.....	41
CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).....	43
SECCIÓN 1 Comprender los gastos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos....	43
SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra los beneficios médicos y los costos.....	44
SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones).....	99
CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D.....	103

SECCIÓN 1	Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan.....	103
SECCIÓN 2	Cómo surtir una receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.....	103
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan.....	107
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones en la cobertura.....	109
SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que desea.....	110
SECCIÓN 6	Nuestra Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año	112
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	114
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta.....	116
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	116
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos.....	118
CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D.....		121
SECCIÓN 1	Lo que paga por los medicamentos de la Parte D.....	121
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Clever Care Longevity.....	123
SECCIÓN 3	La <i>Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D</i> explica en qué etapa de pago se encuentra.....	123
SECCIÓN 4	La Etapa del deducible.....	125
SECCIÓN 5	La etapa de cobertura inicial.....	125
SECCIÓN 6	La etapa de cobertura en situaciones catastróficas.....	129
SECCIÓN 7	Lo que paga por las vacunas de la Parte D.....	129
CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos.		132
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.....	132
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....	134
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no.....	135
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades.....		136
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales.....	136
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.....	151
CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....		153
SECCIÓN 1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud.....	153
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada.....	153
SECCIÓN 3	Qué proceso utilizar para su problema.....	154
SECCIÓN 4	Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones.....	154
SECCIÓN 5	Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	157

SECCIÓN 6	Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	165
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto.....	175
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto.....	179
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5.....	183
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.....	186
CAPÍTULO 10:	Finalización de la membresía en nuestro plan.....	189
SECCIÓN 1	Cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....	189
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....	189
SECCIÓN 3	Cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....	191
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, servicios y artículos médicos a través de nuestro plan.....	192
SECCIÓN 5	Clever Care Longevity debe cancelar su membresía en nuestro plan en ciertas situaciones.....	193
CAPÍTULO 11:	Avisos legales.....	195
SECCIÓN 1	Aviso sobre el derecho aplicable.....	195
SECCIÓN 2	Aviso sobre la prohibición de discriminación.....	195
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación de pagador secundario de Medicare.....	195
SECCIÓN 4	Recuperación de pagos en exceso.....	196
SECCIÓN 5	Cómo denunciar el fraude, el derroche y el abuso.....	196
SECCIÓN 6	Aviso sobre Manifest MedEx para ayudar a coordinar información de salud importante.....	197
CAPÍTULO 12:	Definiciones.....	199

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Clever Care Longevity

Sección 1.1 Usted está inscrito en Clever Care Longevity, una HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y eligió recibir la cobertura de salud y de medicamentos de Medicare a través de nuestro plan, Clever Care Longevity. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

Clever Care Longevity es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Clever Care Longevity cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan cláusulas adicionales o enmiendas.

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en Clever Care Longevity entre el 1.º de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Clever Care Longevity después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Clever Care Longevity 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 de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Vive en nuestra área de servicio geográfica (descrita en la Sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica aunque se encuentren físicamente en esta área.
- Es ciudadano estadounidense o se encuentra legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para Clever Care Longevity

Clever Care Longevity está disponible solo para personas que viven en el área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, usted debe seguir viviendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe que aparece a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en California: Los Angeles, Orange, San Bernardino, Riverside y San Diego

Si se muda fuera del área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se muda, tendrá un período de inscripción especial para cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante que llame al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o residencia legal

Debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos para poder ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Clever Care Longevity si no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan en función de este requisito. Clever Care Longevity debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan

Use su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si tiene una. Ejemplo de tarjeta de membresía del plan:

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

		Clever Care Longevity (HMO) EFFECTIVE DATE: 01/01/26 PCP EFFECTIVE DATE: 01/01/26					
MEMBER NAME John A. Smith MEMBER ID 000-000-0000 Health Plan (80840)		COPAYMENTS (\$0 if Full Medi-Cal) PCP VISIT: \$0 SPECIALIST VISIT: \$0 URGENT CARE: \$0 ER: \$90					
PCP NAME Brandon Lee MD (555) 555-5555 MEDICAL GROUP/NETWORK Acme Medical Partners		 RxBIN: 004336 RxPCN: MEDDADV RxGRP: RX25AZ H7607 014					
IN AN EMERGENCY CALL 911 OR GO TO THE NEAREST ER <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> MEMBER SERVICES (833) 388-8168 (TTY: 711) clevercarehealthplan.com Telehealth: (800) 835-2362 PPO Dental: Liberty Dental (888) 704-9830 Hearing: NationsHearing (866) 304-7577 Vision: (855) 492-9028 Transportation: CareCar (844) 743-4344 </td> <td style="vertical-align: top;"> HOSPITAL ADMIT AUTH & TRANSFER (888) 888-8888 PRIOR AUTHORIZATION (800) 800-8080 PROFESSIONAL CLAIMS NOBLE AMA IPA 1234 Main St, Suite 100 Small Town, CA 90210 INSTITUTIONAL CLAIMS Prospect Health 456 Elm Dr, Suite 200 Big Town, CA </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> PHARMACY HELP DESK & CLAIMS (866) 693-4620 CVS Caremark Medicare Claims Processing P.O. Box 52066, Phoenix, AZ 85072-2066 </td> <td></td> </tr> </table>				MEMBER SERVICES (833) 388-8168 (TTY: 711) clevercarehealthplan.com Telehealth: (800) 835-2362 PPO Dental: Liberty Dental (888) 704-9830 Hearing: NationsHearing (866) 304-7577 Vision: (855) 492-9028 Transportation: CareCar (844) 743-4344	HOSPITAL ADMIT AUTH & TRANSFER (888) 888-8888 PRIOR AUTHORIZATION (800) 800-8080 PROFESSIONAL CLAIMS NOBLE AMA IPA 1234 Main St, Suite 100 Small Town, CA 90210 INSTITUTIONAL CLAIMS Prospect Health 456 Elm Dr, Suite 200 Big Town, CA	PHARMACY HELP DESK & CLAIMS (866) 693-4620 CVS Caremark Medicare Claims Processing P.O. Box 52066, Phoenix, AZ 85072-2066	
MEMBER SERVICES (833) 388-8168 (TTY: 711) clevercarehealthplan.com Telehealth: (800) 835-2362 PPO Dental: Liberty Dental (888) 704-9830 Hearing: NationsHearing (866) 304-7577 Vision: (855) 492-9028 Transportation: CareCar (844) 743-4344	HOSPITAL ADMIT AUTH & TRANSFER (888) 888-8888 PRIOR AUTHORIZATION (800) 800-8080 PROFESSIONAL CLAIMS NOBLE AMA IPA 1234 Main St, Suite 100 Small Town, CA 90210 INSTITUTIONAL CLAIMS Prospect Health 456 Elm Dr, Suite 200 Big Town, CA						
PHARMACY HELP DESK & CLAIMS (866) 693-4620 CVS Caremark Medicare Claims Processing P.O. Box 52066, Phoenix, AZ 85072-2066							
Printed: 01/01/26							

NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare, en lugar de la tarjeta de miembro de Clever Care Longevity, es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si la tarjeta de membresía de nuestro plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* (es.clevercarehealthplan.com/provider) enumera a los proveedores actuales de nuestra red y los proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, 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.

Debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la autorización adecuada, tendrá que pagar la totalidad de los servicios. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible recibir servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Clever Care Longevity autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Consiga la lista más actualizada de proveedores y prestadores en nuestro sitio web en es.clevercarehealthplan.com/provider.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (electrónica o impresa) a Servicios a los miembros llamando al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los *Directorios de proveedores* solicitados en papel se le enviarán por correo postal dentro de los 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* (es.clevercarehealthplan.com/pharmacy) enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son las farmacias que han acordado surtir recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

la red que desea utilizar. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios a los miembros llamando al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en es.clevercarehealthplan.com/pharmacy.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). Indica qué medicamentos con receta están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Clever Care Longevity. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que se hayan eliminado y reemplazado como se describe en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de Clever Care Longevity.

La Lista de medicamentos también indica si existen restricciones para la cobertura de un medicamento.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite es.clevercarehealthplan.com/druglist o llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Clever Care Longevity

Costo	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$0
* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener más información.	
Deducible	\$0
Monto máximo que paga de su bolsillo	\$500
Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de . (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener más información).	
Visitas al consultorio de atención primaria	\$0 por visita

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

Costo	2026 (próximo año)
Visitas al consultorio del especialista	\$0 por visita
Hospitalizaciones	\$0 por estadía
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 4 para obtener más información).	Deducible: \$0
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para conocer los detalles, incluidas las etapas de deducible anual, cobertura inicial y cobertura en situaciones catastróficas).	Copago y coseguro durante la etapa de cobertura inicial: - Nivel 1 de medicamentos: \$0 - Nivel 2 de medicamentos: \$0 - Nivel 3 de medicamentos: \$40 Usted paga \$35 por cada suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel. - Nivel 4 de medicamentos: \$99 Usted paga \$35 por cada suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel. - Nivel 5 de medicamentos: 33 % Usted paga \$35 por cada suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel. - Nivel 6 de medicamentos: \$0 Cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Penalización por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

- Monto del plan de pago de recetas de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan por separado para Clever Care Longevity.

Si *ya* está inscrito y recibe ayuda a través de alguno de estos programas, **la información sobre las primas de esta Evidencia de cobertura puede no se aplica a usted**. Le enviamos un documento por separado que se denomina *Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta* (también denominada *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. . Si no tiene este folleto, llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos*.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

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

debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye la prima para la Parte B. También podría tener que pagar una prima para la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **penalización por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza el período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable. Una cobertura de medicamentos acreditable es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que usted haya estado sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable. Deberá pagar esa penalización mientras tenga cobertura de la Parte D.

Cuando se inscriba por primera vez en Clever Care Longevity, le informaremos el monto de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

Usted **no** tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D en las siguientes circunstancias:

- Usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus.
- Estuvo menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Tenía una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un empleador, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud para Veteranos [Departamento de Asuntos de los Veteranos]). Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

acreditable. Puede recibir esta información en una carta o en un boletín informativo de ese plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.

- **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se esperaba que pague lo mismo que paga el plan de medicamentos estándar de Medicare.
- **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos en medicamentos no constituyen cobertura para medicamentos con receta acreditable.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Esta es la manera en que funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, el porcentaje de la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual del plan promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación con respecto al año anterior (la prima que a escala nacional debe pagar cada beneficiario). Para 2026, este monto de la prima promedio es de \$32.74.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima que a escala nacional debe pagar cada beneficiario y redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % multiplicado por \$32.74, que equivale a \$4.58. Esto se redondea a \$4.60. Este monto se sumaría a **la prima mensual del plan para alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a la multa por inscripción tardía de la Parte D mensual:

- **La multa puede cambiar cada año** porque la prima que a escala nacional debe pagar cada beneficiario puede cambiar cada año.
- **Usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Generalmente, debe solicitar esta revisión **en el plazo de 60 días** contados a partir de la fecha indicada en la primera carta que reciba en la que se le informe que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagaba una multa antes de afiliarse a nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

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. El cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos ajustados modificados según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite <https://www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs>.

Si debe pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague siempre la prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga el IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener información sobre cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del plan de pago de recetas de Medicare

Si está participando en el plan de pago de recetas de Medicare, cada mes pagará la prima del plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier receta que obtenga, además del saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que le restan del año.

La Sección 7 del Capítulo 2 explica más acerca del plan de pago de recetas de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos descritos en el Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual del plan

Sección 5.1 Cómo pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

Existen dos maneras en las que puede pagar la multa.

Opción 1: Pago con cheque

Si elige pagar directamente a nuestro plan, recibirá un estado de cuenta de nuestra parte. Los pagos deben recibirse antes del último día calendario del mes cubierto. También puede pagar su

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

penalización con un giro postal o cheque de caja. Adjunte el talón de pago que se le proporcionó junto con la factura mensual y escriba su número de identificación de Clever Care en el cheque.

Los cheques deben emitirse a la orden de **Clever Care of Golden State** y enviarse por correo a la siguiente dirección:

Clever Care Health Plan
Attn: Accounting Department
7711 Center Ave Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

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

Opción 2: Deducción de la Multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social

Cómo cambiar la forma en que paga la Multa por inscripción tardía de la Parte D. Si decide cambiar la forma de pagar la Multa por inscripción tardía de la Parte D, el nuevo método de pago puede tardar hasta 3 meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos el nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que la Multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago, llame a Servicios para Miembros.

Si tiene problemas para pagar la Multa por inscripción tardía de la Parte D

Debemos recibir el pago de la Multa por inscripción tardía de la Parte D en nuestra oficina antes del al final del mes cubierto. Si no recibimos el pago antes del al final del mes cubierto, le enviaremos un aviso. Si usted adeuda una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos.

Si tiene problemas para pagar la Multa por inscripción tardía de la Parte D a tiempo, comuníquese con Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos dirigirlo a programas que le ayudarán con sus costos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó la Multa por inscripción tardía de la Parte D, Original Medicare brindará su cobertura médica. Posiblemente no pueda recibir la cobertura de medicamentos de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción abierta. (Si supera los 63 días sin cobertura para medicamentos acreditable, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

Si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrecemos) en el futuro, deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si cree que cancelamos su membresía por error, puede presentar una queja (que también se denomina reclamo). Si tuvo una circunstancia de emergencia fuera de su control que le impidió pagar la Multa por inscripción tardía de la Parte D dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja o llámenos al 1-833-388-8168 entre Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete 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. Los usuarios de TTY deben

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

llamar al 711. Debe presentar la queja dentro de los 60 días calendario, a más tardar, posteriores a la fecha en que se cancele su membresía.

Sección 5.2 La prima mensual del plan no cambiará durante el año

No tenemos permitido cambiar el monto de la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigencia el 1.º de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para recibir Ayuda Adicional o si pierde la elegibilidad para recibir Ayuda Adicional durante el año.

- Si actualmente paga una multa por inscripción tardía de la Parte D y se vuelve elegible para recibir Ayuda Adicional durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde Ayuda Adicional, es posible que deba pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable.

Encontrará más información sobre el programa Ayuda Adicional en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantener el registro de membresía del plan actualizado

Su registro de membresía contiene información del formulario de inscripción, como su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su médico de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de costo compartido**. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Si tiene alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, del seguro de accidentes de trabajo o de Medicaid).
- Cualquier reclamación de responsabilidad, por ejemplo, reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Si es ingresado en un hogar de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informarle a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si alguna parte de esta información cambia, infórmenos llamando a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige recopilar información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios en virtud de nuestro plan. Esto se denomina la **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información no es correcta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que deba darles el número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), las normas de Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que paga primero (el “pagador principal”) paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (el “pagador secundario”) solo paga si quedan costos sin cubrir por la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas 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 el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted (o un miembro de su familia) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.

CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro*

- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

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

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.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Información de contacto de Clever Care Longevity

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios a los miembros de Clever Care Longevity al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Con gusto lo ayudaremos.

Servicios para Miembros: información de contacto

Llame	1-833-388-8168 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana; del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes Servicios a los miembros (1-833-388-8168) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana; del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes
Fax	1-657-276-4720
Correo postal	Clever Care Health Plan 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647 customerservice@ccmapd.com
Sitio web	es.clevercarehealthplan.com

CAPÍTULO 2 Números de teléfono y recursos**Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre su atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre el monto que pagaremos por los servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o los medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones para la atención médica: Información de contacto

Llame	1-833-388-8168 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana; del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes Servicios a los miembros (1-833-388-8168) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana; del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes
Fax	1-657-276-4715
Correo postal	Clever Care Health Plan Attn: Grievance & Appeals 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647 customerservice@ccmapd.com
Sitio web	es.clevercarehealthplan.com

CAPÍTULO 2 Números de teléfono y recursos**Decisiones de cobertura y apelaciones para medicamentos de la Parte D: información de contacto**

Llame	1-833-388-8168 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana; del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas y se grabarán. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana; del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes
Fax	1-657-276-4715
Correo postal	CVS Caremark P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072
Sitio web	caremark.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre la atención médica: información de contacto

Llame	1-833-388-8168 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana; del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes
--------------	---

CAPÍTULO 2 Números de teléfono y recursos**Quejas sobre la atención médica: información de contacto**

TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana; del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes
Fax	1-657-276-4715
Correo postal	Clever Care Health Plan Attn: Grievance & Appeals 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647 appeals@ccmapd.com
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Clever Care Longevity directamente ante Medicare, ingrese en https://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago: información de contacto

Llame	1-833-388-8168 Del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana; del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes Las llamadas a este número son gratuitas y se grabarán.
--------------	--

CAPÍTULO 2 Números de teléfono y recursos**Solicitudes de pago: información de contacto**

TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana; del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes	
Fax	Atención médica: 1-657-276-4715	Farmacia: 1-800-378-0323
Correo postal	Atención médica: Clever Care Health Plan Attn: Grievance & Appeals 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647 appeals@ccmapd.com	Farmacia: CVS Caremark P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072
Sitio web	es.clevercarehealthplan.com	

SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare: información de contacto

Llame	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar las 24 horas al día, los 7 días a la semana.
--------------	--

CAPÍTULO 2 Números de teléfono y recursos**Medicare: información de contacto**

TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en https://www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Correo postal	Escríbale a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.
Sitio web	www.medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos el costo y los servicios que brindan. • Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica y prestadores participantes en Medicare. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas y visitas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, hospicios, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Clever Care Longevity. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).

HICAP es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna empresa de seguros ni con ningún plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de

CAPÍTULO 2 Números de teléfono y recursos

brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de HICAP pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) también pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare, ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiarse de plan.

Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) Información de contacto

Llame	1-800-434-0022
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Correo postal	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
Sitio web	aging.ca.gov/hicap

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO)

Una organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada presta servicios a personas con Medicare en cada estado. Para California, la organización para la mejora de la calidad se denomina Livanta .

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Comuníquese con Livanta ante cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de inquietudes sobre la calidad de la atención incluyen recibir el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finaliza demasiado pronto.

CAPÍTULO 2 Números de teléfono y recursos**Livanta (Organización para la mejora de la calidad de California)**

Llame	1-877-588-1123 Puede llamar 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.
TTY	1-855-887-6668 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Correo postal	Livanta Programa BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
Sitio web	livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Seguro social: Información de contacto

Llame	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
--------------	---

CAPÍTULO 2 Números de teléfono y recursos**Seguro social: Información de contacto**

TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
Sitio web	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Medicaid ofrece programas que ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **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 Medicaid y sus programas de ahorro de Medicare, comuníquese con Medi-Cal.

Medi-Cal : información de contacto

Llame	1-800-541-5555 Disponible de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes, excepto los feriados estatales.
TTY	1-800-430-7077 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

CAPÍTULO 2 Números de teléfono y recursos**Medi-Cal : información de contacto**

Correo postal	California Department of Health Care Services Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
Sitio web	dhcs.ca.gov

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) tiene información sobre las formas de reducir los costos de sus medicamentos con receta. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda Adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda Adicional que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos a las personas con ingresos y recursos limitados. Si reúne los requisitos, recibirá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos. La Ayuda Adicional también cuenta para los gastos que paga de su bolsillo.

Si usted califica automáticamente para recibir Ayuda Adicional, Medicare le enviará una carta violeta para informárselo. Si no califica automáticamente, puede presentar la solicitud en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional:

- Visite <https://secure.ssa.gov/i1020/start> para presentar la solicitud en línea.
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuando solicita Ayuda Adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un programa de ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud para un MSP, a menos que les indique que no lo hagan en la solicitud de Ayuda Adicional.

Si califica para recibir Ayuda Adicional y cree que está pagando un monto incorrecto por un medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener evidencia del monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a compartir esta evidencia con nosotros.

- Llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si desea solicitar ayuda para obtener la mejor evidencia disponible o si desea proporcionar evidencia.
- Cuando recibamos la evidencia que muestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto cuando reciba su próxima receta. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la

CAPÍTULO 2 Números de teléfono y recursos

diferencia, mediante cheque o un crédito para copagos futuros. Si la farmacia no le cobró el copago y usted lo adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda Adicional y cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar los medicamentos con receta, las primas del plan de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), la Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda Adicional y cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el sida (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas que tienen VIH/sida a acceder a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos para medicamentos con receta a través de Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP).

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, entre los que se incluyen presentar un comprobante de residencia en el estado y el estado del VIH, acreditar que tienen bajos ingresos (según la definición del estado) y acreditar el estado de no asegurado/infrasegurado. Si cambia de plan, notifique al encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa ADAP de California al 1-844-421-7050.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

- En California, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP).

Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de California): información de contacto

Llame	1-844-421-7050
	De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (excepto días feriados)

CAPÍTULO 2 Números de teléfono y recursos**Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de California): información de contacto**

Correo postal	California Department of Public Health, Center for Infectious Diseases, Office of AIDS MS 0500, P.O. Box 997377 Sacramento, CA 95899-7377
Sitio web	https://adap.directory/california

El plan de pago de recetas de Medicare

El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que trabaja con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar sus gastos que paga de su bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del **año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos. Si está participando en el Plan de pago de recetas de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Plan de pago de recetas de Medicare: información de contacto

Llame	1-833-388-8168 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana; del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes Servicios a los miembros (1-833-388-8168) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana; del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes

CAPÍTULO 2 Números de teléfono y recursos**Plan de pago de recetas de Medicare: información de contacto**

Fax	1-657-276-4720
Correo postal	Clever Care Health Plan 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647
Sitio web	es.clevercarehealthplan.com

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si usted tiene Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB): información de contacto

Llame	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y recibir información grabada durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita 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.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a entender cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar nuestro plan para recibir servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo recibir atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar nuestro plan para recibir la atención médica cubierta. Para obtener detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto debe pagar cuando recibe atención, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- El término **proveedores** también incluye a médicos y otros profesionales de la salud con licencia del estado para proporcionar servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de su costo compartido como pago total. Acordamos con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, el equipo y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se indican en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para que nuestro plan cubra su atención médica

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

Por lo general, Clever Care Longevity cubrirá su atención médica siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- **La atención que recibe está incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan en el Capítulo 4.**

CAPÍTULO 3 *Cómo utilizar nuestro plan para recibir servicios médicos*

- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios, suministros o equipos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Si tiene un médico de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2.1).
 - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe emitir una aprobación previa (derivación) antes de que pueda utilizar otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de cuidados de la salud en el hogar. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
 - No necesita derivaciones de su PCP para atención de emergencia ni para servicios de urgencia. Para obtener información acerca de otros tipos de atención que puede recibir sin necesidad de obtener aprobación previa de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe atenderse con un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. Existen 3 excepciones:
 - Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede atenderse con un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. En esta situación, usted paga lo mismo que pagaría si se atendiese con un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no esté temporalmente disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que le paga a nuestro plan por diálisis nunca puede ser más alto que el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser más alto que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige recibir servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red de nuestro plan para recibir atención médica

Sección 2.1 Usted debe elegir un médico de atención primaria (proveedor de atención primaria) para que brinde y supervise su atención médica

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

Cuando se inscribe en nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su médico de atención primaria (PCP). Su PCP será un profesional de atención médica autorizado que será su socio en la salud. Elija entre médicos especializados en medicina familiar, medicina general y medicina interna.

Su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP. Visitará a su PCP primero para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Su PCP también organizará o coordinará el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan, que incluyen, entre otros, los siguientes:

- X-rays
- 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, su PCP debe 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 elegir un PCP?

Cuando se inscribe en nuestro plan, primero debe seleccionar un Grupo Médico o una Asociación de Médicos Independientes (Independent Physician Association, IPA) de nuestra red; luego debe seleccionar un PCP que trabaje con ese grupo. Cuando elige su PCP, también elige los hospitales y la red de especialidades asociadas con ese PCP. Si hay un especialista u hospital en particular que desea usar, asegúrese de que formen parte de la red médica del PCP. Esto es importante porque ayudará a garantizar que no incurra en costos fuera de la red asociados con su atención.

Para elegir su PCP, visite nuestro sitio web en es.clevercarehealthplan.com/provider. Asegúrese de anotar el nombre y el número de identificación del médico. Este número deberá incluirse en su formulario de inscripción. Si no elige un PCP o si elige un PCP que no está disponible con este plan, le asignaremos uno automáticamente. El representante de Servicios para Miembros también puede ayudarle a elegir un PCP.

CAPÍTULO 3 *Cómo utilizar nuestro plan para recibir servicios médicos*

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 esta tarjeta.

¿Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje de estar en la red de proveedores de nuestro plan y usted deba elegir 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 y centros de atención médica (por ej., hospital). Si selecciona un PCP de un grupo médico o de una IPA, el PCP le indicará que busque atención dentro de este grupo de proveedores y hospitales que actúan como una subred de proveedores.

Si desea cambiar su PCP o su Grupo Médico/IPA asignado, llame a Servicios para Miembros. Infórmenos si actualmente consulta algún especialista o recibe otros servicios cubiertos que requieran la aprobación de su PCP (como servicios de atención de la salud en el hogar y equipo médico duradero). Nuestro representante le ayudará a asegurarse de que pueda continuar recibiendo la atención especializada y otros servicios que ha estado recibiendo antes de cambiar de PCP. Nuestros representantes también comprobarán que el PCP por el que desea cambiar al anterior esté aceptando nuevos pacientes.

Las solicitudes de cambio deben recibirse el último día del mes o antes (por ej., 31 de marzo). El cambio se realizará el primer día del mes siguiente (p. ej., el 1.º de abril).

Se le emitirá una nueva tarjeta de identificación que muestre la nueva información. 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.

Sección 2.2 Atención médica que puede recibir sin derivación del PCP

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una aprobación por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, Vacunas contra la hepatitis B y la neumonía siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero que no constituyen una emergencia) si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, teniendo en cuenta la hora, el lugar y las circunstancias, que reciba este servicio de parte de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos

CAPÍTULO 3 *Cómo utilizar nuestro plan para recibir servicios médicos*

anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a hacer los arreglos necesarios para recibir diálisis de mantenimiento mientras está fuera del área.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Si tiene una afección que requiere del conocimiento experto de un especialista o el ingreso en un hospital dentro de nuestra red de proveedores, su PCP completará la documentación necesaria requerida para la derivación. Su grupo médico enviará por correo la determinación final de la derivación tanto a usted como a su PCP. La carta indicará el especialista y cómo programar su cita.

Consulte la Sección 2 del Capítulo 4 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en nuestro plan

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista deja de estar en nuestro plan, usted tiene estos derechos y estas protecciones:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja de estar en nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos 3 años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si usted está asignado al proveedor, actualmente se atiende con ese proveedor o lo ha consultado en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para la continuidad de su atención.

CAPÍTULO 3 *Cómo utilizar nuestro plan para recibir servicios médicos*

- Si está realizando un tratamiento médico o una terapia con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar con las terapias o los tratamientos médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que tenga para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores al costo compartido dentro de la red.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio al costo compartido dentro de la red. Su PCP debe presentar la autorización previa correspondiente para que el plan cubra los servicios.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la organización para la mejora de la calidad, un reclamo de calidad de la atención al plan, o ambas opciones. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 *Cómo recibir atención de proveedores fuera de 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 sin necesidad de autorización previa. Este plan cubre los servicios de diálisis para miembros con enfermedad renal terminal que han viajado fuera del área de servicio del plan y no pueden acceder a los proveedores contratados.

SECCIÓN 3 *Cómo recibir servicios en una emergencia, durante un desastre o cuando tiene una necesidad urgente de recibir atención*

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

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

Una **emergencia médica** se produce cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina creen que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si es una mujer embarazada, para salvarle la vida al niño que está por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas

CAPÍTULO 3 Cómo utilizar nuestro plan para recibir servicios médicos

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. No necesita usar un médico de la red. Usted puede recibir atención médica de emergencia o de urgencia cubierta en cualquier lugar del mundo, en los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Llame al 1-833-388-8168 Del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana; del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. El número de teléfono también figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Se cubre si tiene una emergencia médica.

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que haya pasado la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su condición continúe estable. Sus médicos continuarán brindándole tratamiento hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para recibir atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección 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 ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico diga que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas 2 formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- La atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas que se indican a continuación para recibir esta atención de urgencia.

Sección 3.2 Cómo recibir atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan, o si no es razonable, teniendo en cuenta la hora, el lugar y las circunstancias, que reciba este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Siempre debe intentar obtener los servicios de urgencia por parte de los proveedores de la red del plan. Si un proveedor no está disponible o no se puede acceder a él, y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor cuando esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Encontrará una lista de centros de atención de urgencia en nuestro Directorio de proveedores en es.clevercarehealthplan.com/provider o puede llamar a Servicios para Miembros al número que figura en la contraportada de este manual.

Cuando necesite atención de urgencia, comuníquese con su PCP o grupo médico primero. Si no hay ninguno disponible, puede llamar a Teladoc (disponible las 24 horas del día) al 1-800-TELADOC (835-2362).

Nuestro plan cubre servicios de en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: definida como atención de urgencia, de emergencia y posterior a la estabilización.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declaran estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención a través de nuestro plan.

Visite es.clevercarehealthplan.com para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar a un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá atenderse con proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, posiblemente pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5.

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

Si pagó más que el costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que

CAPÍTULO 3 Cómo utilizar nuestro plan para recibir servicios médicos

paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

Clever Care Longevity cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

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. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos avise ni que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan formar parte de la red de nuestro plan (esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con estudios de desarrollo de evidencia (NCD-CED) y exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y a otras normas del plan).

Si bien usted no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si participa en un estudio no aprobado por Medicare, usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.

Sección 5.2 Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubrirá los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluidos:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare pague su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. Para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico: Digamos que se realiza una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Su parte de los costos para este análisis es \$20 en Original Medicare, pero el análisis costaría \$10 en virtud de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría los \$20 de copago requeridos por Original Medicare. Notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación (como una factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente \$10. Esto hace que su pago neto por el análisis sea de \$10, el mismo monto que pagaría en virtud de los beneficios de nuestro plan.

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

- 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.
- Los artículos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte de un estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Los artículos y servicios que brindan los patrocinadores de la investigación son gratuitos para las personas que participen en el ensayo.

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica.

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los

CAPÍTULO 3 Cómo utilizar nuestro plan para recibir servicios médicos

estudios de investigación clínica), disponible en <https://www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf>. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Sección 6.1 Institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas del miembro, cubriremos su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico **non-excepted**.

- La atención médica o el tratamiento **Non-excepted** corresponden a cualquier atención médica o tratamiento *voluntario y no obligatorio* según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** es la atención médica o el tratamiento médico que recibe que *no* es voluntario o *es obligatorio* conforme a las leyes federales, estatales o locales.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos *non-religious* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro, se aplican condiciones las siguientes :
 - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
 - Además, debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Como miembro de nuestro plan, tiene cobertura ilimitada de Medicare para hospitalización. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas con respecto a la propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 No puede quedarse con ciertos artículos de equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para que los miembros usen en el hogar. El miembro siempre se queda con algunos artículos de DME, como las prótesis. Otros tipos de DME se deben alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Como miembro de Clever Care Longevity, usted habitualmente no se podrá quedar con los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. No adquirirá la propiedad aunque haya hecho hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Original Medicare antes de afiliarse a nuestro plan.

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

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare para adquirir la propiedad del artículo de DME. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan.

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poder quedarse con el artículo una vez que se vuelva a afiliarse a Original Medicare. Los pagos que ya efectuó (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, Clever Care Longevity cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno

CAPÍTULO 3 *Cómo utilizar nuestro plan para recibir servicios médicos*

- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si abandona Clever Care Longevity o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno debe devolverse.

¿Qué sucede si deja nuestro plan y vuelve a Original Medicare?

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede optar por permanecer con la misma empresa o irse a otra empresa. En este momento, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si permanece en la misma empresa, y usted debe volver a realizar copagos durante los primeros 36 meses. Si se afilia o deja nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 1 Comprender los gastos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos detalla los servicios cubiertos y muestra el monto que debe pagar por cada servicio cubierto como miembro de Clever Care Longevity. Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos, y se detallan los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Gastos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Los tipos de gastos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos incluyen:

- **Copago:** el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre los copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre el coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguro. Si está en uno de estos programas, asegúrese de mostrar su constancia de elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor.

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por servicios médicos cubiertos de la ?

Los planes Medicare Advantage tienen límites sobre el monto total que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto MOOP es de \$500.**

Los montos que paga por copagos y coseguro para servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que paga por las primas del plan y los medicamentos de la Parte D no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Si alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo de \$500, no tendrá que pagar ningún gasto de

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos dentro de la red de la . Sin embargo, debe seguir pagando la prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Los proveedores no tienen permitido facturarle el saldo

Como miembro de Clever Care Longevity, usted tiene una protección importante porque solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación de saldo**. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección contra la facturación de saldo:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), usted paga solamente ese monto 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:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como por ejemplo, cuando tiene una derivación o en el caso de servicios de urgencia o emergencia).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como por ejemplo, cuando tiene una derivación, o en el caso de emergencias o servicios de urgencia prestados fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra los beneficios médicos y los costos

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que Clever Care Longevity cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D está en el Capítulo 5). Los servicios detallados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con lo siguiente:

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

- Los servicios cubiertos por Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.
- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe brindar un período de transición de 90 días como mínimo, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para cualquier curso activo del tratamiento, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que inició con un proveedor fuera de la red.
- Usted se atiende con un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención de urgencia o emergencia o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le hayan dado una derivación. Esto significa que le paga al proveedor la totalidad de los servicios fuera de la red que reciba.
- Si tiene un médico de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos en **negrita**.
- Si su plan de atención coordinada proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesaria para evitar perturbaciones en la atención de conformidad con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor que atiende.
- Es posible que también le cobremos cargos administrativos por faltar a una consulta o por no pagar el costo compartido requerido al momento del servicio. Llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas sobre estas tarifas administrativas.

Otra información importante que debe saber sobre su 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. Para otros, usted paga *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual *Medicare & You 2026*. Consúltelo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227]. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos esos servicios 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.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

CAPÍTULO 4 *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*

Información importante sobre beneficios para personas que reúnen los requisitos para recibir Ayuda Adicional:

- Si recibe Ayuda Adicional para pagar los costos del programa de medicamentos de Medicare, puede ser elegible para recibir otros beneficios complementarios personalizados o un costo compartido reducido personalizado.

Información importante sobre beneficios para personas inscritas con afecciones crónicas

- Si se le diagnostica alguna de las afecciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

- **Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias:**
 - Trastorno por consumo de alcohol
 - Trastorno por consumo de opioides
 - Trastorno por consumo de cannabis
 - Trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
 - Trastorno por consumo de cocaína
 - Otro trastorno por consumo de estimulantes
 - Dependencia de la nicotina
 - Trastorno por uso de inhaladores
 - Otro trastorno por consumo de sustancias psicoactivas
- **Trastornos autoinmunitarios:**
 - Artritis psoriásica
 - Artritis reumatoide
 - Lupus eritematoso sistémico
 - Dermatomiositis
 - Polimiositis
 - Poliarteritis nodosa
 - Polimialgia reumática
 - Esclerodermia
- **Cáncer (salvo afecciones precancerosas o estado in situ)**
- **Trastornos cardiovasculares:**
 - Arritmia cardíaca
 - Enfermedad de las arterias coronarias
 - Trastorno tromboembólico venoso crónico
 - Enfermedad vascular periférica
- **Insuficiencia cardíaca crónica**
- **Demencia**
- **Diabetes mellitus**
 - Diabetes mellitus tipo 1
 - Diabetes mellitus tipo 2
- **Enfermedad gastrointestinal crónica:**
 - Hepatitis B
 - Hepatitis C
 - Pancreatitis
 - Enfermedad inflamatoria intestinal
- **Trastornos hematológicos graves:**
 - Anemia aplásica
 - Hemofilia
 - Púrpura trombocitopénica inmunitaria
 - Síndrome mielodisplásico
 - Enfermedad de células falciformes (sin incluir el rasgo de células falciformes)
 - Trastorno tromboembólico venoso crónico
- **VIH/sida**
- **Enfermedades pulmonares crónicas:**
 - Asma
 - Bronquitis crónica
 - Enfisema
 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- **Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes:**
 - Trastornos bipolares
 - Trastornos depresivos mayores
 - Trastorno paranoide
 - Esquizofrenia
 - Trastorno esquizoafectivo
- **Trastornos neurológicos:**
 - Fibromialgia
 - Síndrome de fatiga crónica
 - Lesión de la médula espinal
 - Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
 - Epilepsia
 - Parálisis cerebral
 - Parálisis extensa (es decir, hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia)
 - Enfermedad de Huntington
 - Esclerosis múltiple
 - Enfermedad de Parkinson
 - Polineuropatía
 - Estenosis espinal
 - Déficit neurológico relacionado con accidente cerebrovascular
- **Accidente cerebrovascular**
- **Atención posterior a un trasplante de órganos**

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

- Enfermedad de hígado graso no alcohólico (EHGNA)
 - **Enfermedad renal crónica (ERC):**
 - ERC que requiere diálisis/enfermedad renal terminal (ERT)
 - **Inmunodeficiencia y trastornos inmunodepresores**
 - **Afecciones asociadas al deterioro cognitivo:**
 - Enfermedad de Alzheimer
- Usted es elegible para recibir beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) en función de los criterios clínicos de una afección crónica que califica, conforme lo determine y confirme su médico. En algunos casos, también, debe participar en uno de los programas de gestión de casos con metas definidas y medidas de resultado.
- Para obtener más información, consulte la fila *Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* en la Tabla de beneficios médicos a continuación.
- Contáctenos para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.



Esta manzana indica servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de parte de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos: • dolor de 12 semanas o más de duración; • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está relacionado con una cirugía. • No está relacionado con un embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (según la definición de 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), los enfermeros profesionales (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identifica en 1861(aa)(5) de la Ley), y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • Máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM). • Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia.	\$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (continuación) El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).	
Acupuntura (rutina) Este plan cubre servicios de acupuntura de rutina dentro de la red ilimitados (no cubiertos por Medicare) hasta el monto máximo anual del plan cada año.	Dentro de la red No se requiere autorización previa ni derivación. \$0 de copago por visita hasta alcanzar el monto máximo del plan de \$2,000. Una vez que el plan paga la asignación máxima de beneficios por las visitas, usted es responsable de los costos remanentes. El máximo anual del plan no se transferirá al próximo año del plan.
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia no están cubiertos para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	\$100 de copago por cada viaje en ambulancia terrestre cubierto por Medicare (de un trayecto). 20 % de coseguro por cada viaje en ambulancia aérea cubierto por Medicare (de un trayecto). El transporte en ambulancia que no sea de emergencia requiere autorización previa.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.
 Medición de masa ósea Para las personas que califiquen (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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas por Medicare.
Servicios de rehabilitación cardíaca 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 orden de un médico. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Dentro de la red \$0 de copago para cada visita cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa y derivación.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Visita de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
 Prueba de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello uterino o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.	Dentro de la red \$0 de copago para cada visita cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa y derivación.

CAPÍTULO 4 *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, manejo de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	Dentro de la red El costo compartido para este servicio variará según los servicios individuales prestados en el transcurso del tratamiento. Se requiere autorización previa y derivación.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertos las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o cada 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección planificada que implica la extracción de tejido u otra materia,	No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y retira un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.

CAPÍTULO 4 *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) u otro procedimiento proporcionado en relación con la prueba de detección, como resultado de la prueba y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.	

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios odontológicos en una cantidad limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección primaria de una persona. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para la radioterapia para el cáncer de mandíbula o exámenes orales previos a un trasplante de órganos. Además, cubrimos lo siguiente: Los servicios dentales preventivos incluyen los siguientes: • Limpiezas dentales, dos veces al año • Exámenes bucales, dos veces al año • Tratamiento con fluoruro, una vez al año • Radiografía de mordida, dos veces al año Los servicios dentales integrales cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Limpieza dental profunda • Empastes y reparaciones • Tratamientos de conducto (endodoncia) • Coronas dentales • Implante • Puentes • Dentaduras postizas • Extracciones y otros servicios Nuestro plan se asocia con Liberty Dental Plan para brindarle los beneficios dentales. Tenga en cuenta que algunos servicios requieren una revisión clínica para la aprobación previa a la autorización antes de comenzar el tratamiento. Debe presentarse cierta documentación junto con las solicitudes de autorización previa, que se revisan clínicamente utilizando la documentación proporcionada para determinar si están indicados y son apropiados en función de los estándares de la industria,	No es obligatorio permanecer dentro de la red. Para los servicios recibidos de un proveedor fuera de la red, el Plan pagará hasta la cantidad permitida por los servicios cubiertos, sin exceder el monto permitido. El miembro será responsable de pagar la diferencia entre el monto facturado por el proveedor y las asignaciones establecidas en el contrato. Se aplican limitaciones y exclusiones para ciertos servicios dentales. No se requiere una derivación para los servicios preventivos. Se requiere una derivación para servicios dentales integrales. Este plan proporciona una asignación semestral de \$1,100 para servicios integrales y preventivos. La asignación se distribuye a partir de su fecha de entrada en vigencia y el 1.º de julio. El beneficio máximo anual es de \$2,200. Después de los beneficios pagados por el plan, usted es responsable del costo restante y puede usar la asignación flexible como forma de pago.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios odontológicos (continuación) y si cumplen con todos los requisitos específicos para dichos servicios. No se cubrirá ningún tratamiento que, en opinión de Liberty Dental, no sea necesario o no cumpla con los criterios del plan. Si no se proporciona la documentación requerida, el servicio no puede revisarse adecuadamente y, por lo tanto, será denegado. Si se rechaza la autorización previa por cualquier motivo, el servicio no se cubrirá y usted será responsable de todos los costos asociados. Los procedimientos dentales por motivos cosméticos o estéticos no están cubiertos. La cobertura se limita a los servicios enumerados en la tabla de beneficios. Si un servicio no aparece en la lista, no está incluido y no está cubierto. Para encontrar un proveedor de la red, puede buscar en el Directorio de proveedores en línea en es.clevercarehealthplan.com/provider. Se recomienda que trabaje con su dentista para verificar la cobertura de beneficios antes de obtener servicios dentales.	Cualquier asignación no utilizada el 30 de junio se transferirá al próximo período de seis meses y vencerá el 31 de diciembre. No incluye servicios de ortodoncia. Se requiere autorización previa para los implantes y otros servicios.
 Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos 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). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Es posible que sea elegible para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas con diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar su glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas con diabetes que padecen la enfermedad del pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos.	Dentro de la red \$0 de copago por suministros para diabéticos. 20 % de coseguro por cada plantilla o zapato terapéutico para diabéticos cubierto por Medicare. \$0 de copago para la capacitación para el automanejo de la diabetes. Se requiere autorización previa.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (Para conocer la definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en es.clevercarehealthplan.com. Generalmente, este plan cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes que se encuentran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Si es nuevo en este plan y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos con la cobertura de esta marca durante un máximo de 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo derive para tener una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9).	Dentro de la red Coseguro del 0 % por equipo médico duradero cubierto por Medicare que cueste \$500 o menos. Coseguro del 20 % por equipo médico duradero cubierto por Medicare que cueste \$501 o más. Su costo compartido para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es un coseguro del 0 % al 20 % dependiendo de la estructura de costos compartidos., cada mes. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Si pagó 36 meses de alquiler para la cobertura de equipo de oxígeno antes de inscribirse en Clever Care Longevity, su costo compartido en Clever Care Longevity es un coseguro del 0 % al 20 % dependiendo de la estructura de costos compartidos. Se requiere autorización previa.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de bienestar oriental Nuestro plan incluye visitas de terapia oriental para cualquier servicio individual o una combinación de los siguientes servicios de un acupunturista contratado: • Cupping/Moxa • Tui Na • Gua Sha • MedX • Reflexología Cada visita de servicio de bienestar no puede durar más de 30 minutos. Cualquier servicio que supere los 30 minutos contará como dos visitas.	Dentro de la red No se requiere autorización previa ni derivación. \$0 de copago por visita hasta el máximo de 24 visitas por año permitidas. Una vez que el plan paga el máximo de visitas permitidas, usted es responsable del resto de los costos. Las visitas restantes no se transferirán al próximo año del plan.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red son los mismos que cuando recibe estos servicios dentro de la red. Cobertura de emergencia mundial.	\$90 de copago por cada visita a la sala de emergencias. El copago es de \$0 si lo ingresan en el hospital en el plazo de 72 horas. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haberse estabilizado la afección que dio lugar a la emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para que su atención continúe estando cubierta O debe recibir la autorización de nuestro plan para la atención de pacientes internados en el hospital fuera de la red y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. \$0 de copago y un máximo anual combinado de \$100,000 para servicios de emergencia o urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Programas de educación sobre salud y bienestar Este plan proporciona una Flex Benefits Mastercard® y la cargará con una asignación para gastos cada tres meses para ayudar a pagar gastos elegibles relacionados con la salud y el bienestar: Artículos de venta libre (OTC) • Los artículos de venta libre (over the counter, OTC) son medicamentos y productos relacionados con la salud que no necesitan receta médica. • Nuestro plan cubre miles de artículos OTC, según lo permitido por Medicare. • Compre artículos en línea o en una tienda minorista. Es posible que no haya disponibles marcas específicas y que las cantidades sean limitadas o restringidas. Suplementos de hierbas • Este plan cubre suplementos de hierbas para el tratamiento o la prevención de afecciones como alergias, ansiedad, artritis, dolor de espalda, eccema, cansancio y más. • Debe adquirir los suplementos en un proveedor de la red. Puede encontrar una lista completa de suplementos de hierbas elegibles en nuestro sitio web, es.clevercarehealthplan.com. Actividades de acondicionamiento físico La asignación flexible se puede utilizar para actividades calificadas, incluidas las siguientes: • Membresía de gimnasio: 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. • Acceso general a una instalación deportiva pública: la tarifa de acceso para utilizar una piscina pública o una cancha de tenis. Para el golf, solamente se permite el “green fee” o la tarifa por utilizar un campo de prácticas público. • Clases de acondicionamiento físico grupales: 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.	Dentro de la red \$0 de copago hasta alcanzar el monto máximo de la asignación del plan Usted elige cómo gastar la asignación de la lista de servicios elegibles. Pague los servicios con Flex Benefits MasterCard®. Este plan proporciona una asignación trimestral de \$315; la asignación anual máxima es de \$1,260. La asignación se distribuye a partir de su fecha de entrada en vigencia, luego el 1.º de abril, el 1.º de julio o el 1.º de octubre. Cualquier asignación que no se haya utilizado al 30 de marzo, 30 de junio o 30 de septiembre se trasladará al próximo trimestre y vencerá el 31 de diciembre. Después de los beneficios pagados por el plan, usted deberá pagar el costo remanente. Las compras realizadas antes del último día del trimestre se deducirán del saldo del trimestre en curso. Las compras realizadas el último día del trimestre se deducirán del siguiente saldo trimestral. Las devoluciones deben iniciarse antes del día

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Los centros basados en una membresía, como clubes de golf, clubes de campo o centros de masajes/spas <u>no</u> 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. 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 de beneficio flexible no se puede utilizar para comprar mercancías en un centro. Servicios dentales, oftalmológicos y de audición - La asignación puede utilizarse para pagar servicios que superen la asignación anual del plan. Consulte las secciones Servicios dentales, Servicios oftalmológicos o Servicios de audición de esta tabla para obtener más información. Comestibles - La asignación puede utilizarse para comprar alimentos y productos agrícolas saludables <u>solo si</u> el miembro tiene una afección crónica elegible. - El plan y el PCP del miembro <u>deben verificar</u> la afección crónica. Consulte la sección Ayuda con ciertas afecciones crónicas de esta tabla para obtener más información. La tarjeta Flex se enviará por correo poco después de la inscripción en nuestro plan. Antes de usar la tarjeta, deberá activarla llamando al (877) 205-8005 (TTY: 711) o visitando CleverCare.NationsBenefits.com/activate. No recibirá un PIN para su tarjeta; por lo tanto, siempre seleccione la opción “Crédito” y no “Débito” al realizar una compra. Haga un seguimiento de los gastos de su asignación y del saldo con la aplicación Benefits Pro o visite CleverCare.NationsBenefits.com. Algunos de nuestros socios de la red pueden requerir un monto de compra mínimo para el envío. Cada proveedor que acepte la tarjeta Flex Benefits puede tener su propia política de devolución. Los miembros estarán sujetos a la política del proveedor. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al (833) 388-8168 (TTY: 711).	25 del último mes del trimestre para permitir el procesamiento. (Ejemplo: 25 de marzo para el primer trimestre del año). Los miembros solamente recibirán crédito por artículos devueltos dentro del mismo trimestre en que fueron comprados. Los productos de alcohol y tabaco están excluidos de la asignación flexible de salud y bienestar.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Programas de educación sobre salud y bienestar (continuación)	
Servicios auditivos Las evaluaciones de diagnóstico de audición y 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. Este plan incluye cobertura adicional de servicios de audición no cubiertos por Original Medicare, incluidos, los siguientes: • Examen auditivo de rutina • Audífonos (uno por oído, por año) Debe obtener una adaptación de audífonos a través de NationsHearing. Comuníquese con NationsHearing llamando al (866) 304-7577 (TTY: 711) para obtener más información o para programar una cita. El beneficio de audífonos incluye lo siguiente: • Tres (3) visitas de seguimiento dentro del primer año a partir de la fecha de ajuste inicial • Período de prueba de 60 días a partir de la fecha de ajuste • 60 pilas por año por audífono (suministro para 3 años) • Garantía de reparación del fabricante de 3 años • Cobertura de reemplazo una vez para audífonos perdidos, robados o dañados • Primer juego de moldes para los oídos (cuando sea necesario)	Dentro de la red \$0 de copago por examen de audición cubierto por Medicare. \$0 de copago por un examen de audición de rutina por año, realizado por un proveedor de la red. \$0 de copago para audífonos hasta el monto de la asignación. Este plan ofrece una asignación anual de \$600 para audífonos, por oído, por año. Después de los beneficios pagados por el plan, usted es responsable del costo restante y puede usar la asignación flexible como forma de pago. Cualquier asignación no utilizada vencerá el 31 de diciembre. Los audífonos están disponibles a través de NationsHearing y se limitan a dispositivos específicos con base en sus necesidades de audición. Se aplica un deducible para el reemplazo por única vez de audífonos perdidos, robados o dañados.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Ayuda con determinadas afecciones crónicas Los afiliados que tengan una de las afecciones crónicas que se mencionan a continuación y cumplan con ciertos criterios pueden ser elegibles para recibir beneficios complementarios para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros calificarán para estos beneficios suplementarios especiales. La elegibilidad depende de la aprobación del Plan de salud Clever Care. Se aplican limitaciones de diagnóstico. Las afecciones incluyen las siguientes: • Trastornos autoinmunitarios • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Dependencia crónica al alcohol o a las drogas • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Enfermedad gastrointestinal crónica • Insuficiencia cardíaca crónica • Enfermedad renal crónica • Enfermedades pulmonares crónicas • Afecciones asociadas al deterioro cognitivo • Demencia • Diabetes mellitus • VIH/sida • Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores • Trastornos neurológicos • Atención posterior a un trasplante de órganos • Trastornos hematológicos graves • Accidente cerebrovascular Para ser elegibles, los miembros con enfermedades crónicas pueden participar en un programa de administración de casos con actividades, metas y medidas de resultado definidas. Las evaluaciones de seguridad en el hogar están limitadas a aquellas personas que cumplan con los criterios de riesgo de caídas y tengan problemas de marcha, equilibrio o agilidad. Debe utilizar los proveedores contratados del plan. Los productos de alcohol y tabaco están excluidos de la asignación para comestibles.	Dentro de la red <u>Alimentos y productos agrícolas (comestibles)</u> \$0 de copago. Después de la aprobación del Plan, la asignación flexible de salud y bienestar de \$315 por trimestre estará disponible para comprar alimentos y productos agrícolas saludables aprobados. <u>Comidas para afecciones crónicas</u> \$0 de copago para asistencia alimentaria de hasta 3 comidas por día durante 14 días; sin exceder las 42 comidas al año para los miembros que califiquen. <u>Beneficios de necesidades sociales</u> \$0 de copago por servicios de compañía prestados por cuidadores personales no clínicos. Servicios limitados a 24 turnos de cuatro horas (96 horas en total). <u>Servicio de telemonitorización</u> \$0 de copago para un dispositivo de monitoreo de datos médicos y otros datos de salud.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	<u>Evaluación de seguridad en el hogar</u> \$0 de copago por hasta dos evaluaciones por año. <u>Servicios de asistencia a domicilio</u> \$0 de copago por servicios de asistencia con las actividades de la vida diaria. Se limitan a 40 horas por año. <u>Asistencia para los cuidadores</u> \$0 de copago por cuidados de relevo. Limitado a 40 horas de cuidados por año. Se requiere autorización previa.
 Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta 3 exámenes de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Agencia de atención médica a domicilio 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. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	Dentro de la red \$0 de copago para cada servicio de salud en el hogar cubierto por Medicare. Se requiere autorización previa y derivación.
Tratamiento de infusión en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, brindados de conformidad con el plan de atención. • La capacitación y la educación del paciente no están cubiertas, de otra manera, por los beneficios del equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar.	Dentro de la red Coseguro del 0 % al 20 % para cada servicio cubierto por Medicare. Los precios pueden cambiar trimestralmente, pero los costos compartidos nunca excederán el 20 % o \$35 para la insulina. Continúa haciendo pagos hasta que se alcanza el máximo de bolsillo. Se requiere autorización previa.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Puede recibir atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los programas que nosotros poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de alivio a corto plazo. • Atención a domicilio. Cuando es ingresado en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como por ejemplo, si debe obtener autorización previa).	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal son pagados por Original Medicare, y no por Clever Care Longevity.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en un hospicio (continuación) • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para recibir los servicios, solo pagará el monto de costo compartido de nuestro plan para los servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido en virtud de Original Medicare. Para los servicios cubiertos por Clever Care Longevity, pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Clever Care Longevity continuará pagando los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido de Original Medicare. 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). Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.	

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Vacunas Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Inyecciones antigripales (o vacunas), una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, e inyecciones adicionales contra la gripe (o vacunas) si son médicamente necesarias. • Vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos la mayoría de las vacunas para adultos en virtud del beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte la Sección 7 del Capítulo 6 para obtener más información.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID-19.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si es clevercarehealthplan.com brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y	Dentro de la red \$0 de copago por estadía. Este plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización. Un período de beneficio comienza el día en el que es admitido como paciente internado y finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria durante 60 días continuos. Si recibe atención de internación en un hospital fuera de la red en una situación que no es de emergencia, usted paga el costo total. Si recibe atención de internación en un hospital fuera de la red después de que se estabilice la afección que ocasionó la emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Se requiere autorización previa.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) usted elige hacerse el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza recién con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta. • Servicios médicos. Nota: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se lo considere un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare titulada <i>Medicare Hospital Benefits</i> (Beneficios hospitalarios de Medicare). Esta hoja informativa está disponible en https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Nuestro plan cubre hasta 90 días en un centro psiquiátrico cubierto para pacientes internados. Existe un límite de 190 días de por vida para los servicios para pacientes internados 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.	Dentro de la red \$150 de copago, por día, para los días 1 a 7; \$0 para los días 8 a 90, por admisión. Un período de beneficio comienza el día en el que es admitido como paciente internado y finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria durante 60 días continuos. Se requiere autorización previa y derivación.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Hospitalización: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios de internación o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos protésicos y ortésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	Pagará el costo compartido correspondiente por estos servicios como si se brindaran de forma ambulatoria. Consulte la sección de beneficios correspondiente en este cuadro. Deberá pagar el costo total si permanece en un centro de enfermería especializada más tiempo del que cubre su plan.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero que no necesitan diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo derive su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que reciba 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 por, después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con un médico derivación de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar la derivación todos los años si necesita continuar con el tratamiento el próximo año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) están cubiertos para las personas elegibles a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro de cirugía ambulatoria. • Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) y que fueron autorizados por nuestro plan. • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite análisis y tomografías adicionales antes o durante el tratamiento que podrían agregarse a sus costos totales. Consulte a su médico qué tomografías y análisis puede necesitar como parte del tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunodepresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunodepresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona adecuadamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento	Coseguro de 0 % a 20 % del monto permitido por Medicare para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B. Los precios pueden cambiar trimestralmente, pero los costos compartidos no excederán el 20 % del coseguro o los \$35 para la insulina para un suministro de un mes.

CAPÍTULO 4 *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*

Servicio cubierto

Lo que usted paga

Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)

es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales para el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre.

- Medicamentos orales para las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que utilice como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o se utilizan como reemplazo terapéutico total para un medicamento intravenoso contra las náuseas.
- Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ERT) cubiertos por la Parte B de Medicare.
- Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato según el sistema de pago para la ERT, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®.
- Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos.
- Fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal terminal (ERT) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones determinadas (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, epoetina alfa, Aranesp®, darbepoetina alfa, Mircera® o metoxi-polietilenglicol-epoetina beta).
- Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias.
- Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y para sondas).

También cubrimos algunas vacunas en virtud de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud del beneficio de medicamentos de la Parte D.

El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT). • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	Dentro de la red \$25 de copago por servicio; incluidas sesiones de terapia grupales o individuales. Se requiere autorización previa y derivación.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • X-rays • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros para técnicos • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, ECG y tomografías por emisión de positrones cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordena tratar un problema médico. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias	Dentro de la red \$0 de copago para radiografías, radiología básica, suministros quirúrgicos, pruebas de laboratorio, sangre y servicios radiológicos de diagnóstico avanzado (resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones). Coseguro del 20 % para servicios radiológicos terapéuticos. Aunque paga el 20 % por servicios terapéuticos de radiología, nunca pagará más que su máximo total de bolsillo durante el año. Si se reciben varios servicios el mismo día y en el mismo lugar, se aplica el monto máximo de copago. Si acude a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo. Se requiere autorización previa y derivación.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados por orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, pregúntele al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare titulada <i>Medicare Hospital Benefits</i> (Beneficios hospitalarios de Medicare). Esta hoja informativa está disponible en https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios de observación hospitalaria para pacientes externos. Se requiere autorización previa.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes externos de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, pregúntele al personal del hospital.	Dentro de la red \$0 de copago por servicios hospitalarios para pacientes externos. Se requiere autorización previa y derivación.
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: 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.	Dentro de la red \$25 de copago por sesión de terapia individual o grupal para pacientes externos. Se requiere autorización previa y derivación.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	Dentro de la red \$0 de copago para cada servicio de terapia de rehabilitación cubierto por Medicare. Se requiere autorización previa y derivación.
Servicios por el trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos	Dentro de la red \$25 de copago para cada sesión de asesoramiento cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa y derivación.
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.	Dentro de la red \$0 de copago para centros para pacientes externos o centros de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa y derivación.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización. El <i>servicio intensivo para pacientes externos</i> es un programa estructurado de tratamiento de salud conductual (mental) activo proporcionado en el departamento ambulatorio de un hospital, en un centro comunitario de salud mental, en un centro de salud habilitado por el gobierno federal o en una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	Dentro de la red \$0 de copago, por estadía, para servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa y derivación.
Sistema de respuesta personal ante emergencias (Personal Emergency Response System, PERS) Los miembros que crean que están en riesgo de caídas o emergencias en el hogar pueden solicitar este dispositivo de monitoreo móvil. El servicio lo conecta con un centro de respuesta las 24 horas con solo presionar un botón.	No se requiere autorización previa ni derivación. \$0 de copago por un dispositivo por año.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de cirugía o de atención médica médicamente necesarios que recibe en un consultorio médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, el departamento ambulatorio de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista, si su médico lo indica para determinar si necesita tratamiento médico. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente: ○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud. ○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias. • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente. • Los chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 a 10 minutos <u>si</u>: ○ No es un paciente nuevo. ○ El chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días.	Dentro de la red \$0 de copago por servicios prestados por un PCP para beneficios cubiertos por Medicare. \$0 de copago por servicios prestados por un especialista para beneficios cubiertos por Medicare. \$0 de copago por servicios de telesalud virtuales prestados por un PCP o un especialista para beneficios cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa y derivación.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) ○ El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. • Evaluación de videos o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas <u>si</u>: ○ No es un paciente nuevo. ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días. ○ La evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.	
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores.	Dentro de la red \$0 de copago por servicios de podiatría cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa y derivación.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos orales o inyectables de PrEP aprobados por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el cargo por inyectar el medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individuales (que incluye evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y cumplimiento del régimen de medicamentos) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por única vez.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del PrEP.
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos protésicos y ortésicos, y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o preparación para el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, así como bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. También incluye cierta cobertura después de la extracción o la cirugía de cataratas; consulte <i>Atención de la vista</i> más adelante en esta tabla para obtener más detalles.	Dentro de la red \$0 de copago para dispositivos protésicos y suministros médicos cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.

CAPÍTULO 4 *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación pulmonar 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.	Dentro de la red \$0 de copago para cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa y derivación.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prevención de readmisión (recuperación en el hogar) Este plan ofrece un beneficio combinado para ayudar con la recuperación inmediatamente después del alta de un hospital o de un centro de enfermería especializada. Recibirá lo siguiente: • Coordinación de atención personal • Comidas a domicilio • Servicios de asistencia a domicilio Además, se proporciona transporte para citas médicas, visitas a la farmacia o viajes de regreso de centros de atención de emergencia o urgencia, junto con visitas de control periódicas.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios prestados después del alta de un hospital o de un centro de enfermería especializada (SNF). <i>No incluye el alta de un centro de cirugía ambulatoria.</i> Llame a Servicios para Miembros dentro de los 7 días posteriores al alta para que los servicios se autoricen. <u>Coordinación de la atención</u> \$0 de copago. Recibirá una llamada de seguimiento personal de un administrador de casos dentro de las 72 horas para ayudar con la revisión y educación sobre medicamentos, y otro apoyo según sea necesario. <u>Comidas a domicilio</u> \$0 de copago para asistencia alimentaria de hasta 3 comidas por día durante 28 días; sin exceder las 84 comidas al año. <u>Apoyo en el hogar</u> Copago de \$0 para recibir hasta 60 horas de asistencia con las actividades de la vida diaria, como tareas domésticas livianas, vestirse, trabajos menores

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	de jardinería, recoger medicamentos, registrarse para las cuentas del portal para pacientes, comprar comestibles y comprar artículos esenciales. Se requiere autorización previa.
 Detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (low dose computed tomography, LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los miembros elegibles son personas de entre 50 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes de tabaquismo de, al menos, 20 cajetillas/año y que fuman actualmente o dejaron de fumar en los últimos 15 años, y que reciben una orden de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartidas que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas. <i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT después de una prueba de detección inicial con una LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado la indica y usted cumple con una de estas condiciones: • Usted tiene alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Usted recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos un examen de detección una vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos exámenes de detección anuales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.
 Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. 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 STI. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en el consultorio de un médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • 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 estadio IV, cuando tienen derivación de su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluidos tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (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). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos de la Parte B de Medicare de esta tabla.	Dentro de la red \$0 de copago para servicios de educación sobre enfermedad renal. Coseguro del 20 % 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. La diálisis recibida como paciente internado estará cubierta por su beneficio de internación en el hospital. Se requiere autorización previa y derivación.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (En el Capítulo 12, encontrará una definición de “centro de enfermería especializada”. A los centros de enfermería especializada a veces se los denomina SNF, por “Skilled Nursing Facility”). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. Generalmente, la atención en los SNF la obtiene de centros de la red. En determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red para un centro que no es proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al	Dentro de la red Por cada estadía en un centro de enfermería especializada cubierto por Medicare, usted paga lo siguiente: \$0 por día, para los días 1 a 20, por período de beneficios. \$75 por día, para los días 21 a 100, por período de beneficios. No es obligatorio contar con una hospitalización previa. Se requiere autorización previa y derivación.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (continuación) hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde vive su cónyuge al momento de salir del hospital	
 Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes externos y hospitalizados que cumplen con estos criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si muestran signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y están atentos durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento. Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente recibe hasta 8 sesiones por año).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas Este plan ofrece beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican para estos beneficios. Consulte la fila Ayuda con ciertas afecciones crónicas de esta tabla de beneficios.	\$0 de copago por los servicios ofrecidos, si su PCP verifica una afección que califica.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Terapia de ejercicio supervisada (SET) La SET está cubierta para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática y una derivación para la EAP del médico responsable del tratamiento de la EAP. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. • Lo debe proporcionar el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la EAP. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	Dentro de la red \$0 de copago por cada sesión. Se requiere autorización previa y derivación.
Servicios de telesalud Puede completar las visitas con un teléfono, una tableta o una computadora. • Visita por video que se ofrece mediante el consultorio de su médico • Consulta de Teladoc® (los médicos de Teladoc pueden diagnosticar y tratar afecciones que no sean de emergencia y recetar medicamentos cuando sea médicamente necesario). Los médicos o proveedores de salud mental de Teladoc están disponibles las 24 horas del día para cuestiones de salud que no sean de emergencia. Llame al 1-800-TELADOC (835-2362) o visite su sitio web Teladoc.com para programar una cita.	Dentro de la red No se requiere autorización previa. \$0 de copago por consulta por video realizada por su PCP. \$0 de copago por una consulta médica o de salud mental a través de la red de proveedores de Teladoc.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Transporte (de rutina) 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. Los viajes están limitados a un radio de 30 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. • Un viaje de ida (30 millas o menos): cuenta como un viaje • Un viaje de ida (más de 30 millas) cuenta como dos viajes • Un viaje de ida y vuelta (30 millas o menos) cuenta como dos viajes • Un viaje de ida y vuelta (más de 30 millas) cuenta como cuatro viajes Para programar un traslado, llame al 1-844-743-4344 o visite getcarecar.com. 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. Los viajes de ida y vuelta deben programarse con al menos 36 horas de anticipación. Los viajes programados en menos de 24 horas se brindan en la medida de lo posible por CareCar y no están garantizados. Las cancelaciones de viajes requieren un aviso con 24 horas de anticipación. • Si se programó un viaje, luego se canceló con menos de 24 horas de anticipación, deduciremos la cantidad adecuada de viajes (de ida o de vuelta equivale a un viaje, de ida o de vuelta equivale a dos viajes, independientemente del millaje). Para obtener más información sobre ubicaciones aprobadas por el plan, llame a Servicios para Miembros al número impreso en la contraportada de este manual).	Dentro de la red No se requiere autorización previa. \$0 de copago por 48 de ida traslados que no sean de emergencia por año.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, no es razonable, teniendo en cuenta la hora, el lugar y las circunstancias, que reciba este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. Cobertura de urgencia en todo el mundo.	Dentro de la red \$0 de copago para cada servicio de urgencia. \$0 de copago y un máximo anual combinado de \$100,000 para servicios de emergencia o urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Atención de la visión Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de rutina de la vista (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. Si necesita 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía. Atención de la visión (rutina) • Examen de rutina de la vista • Accesorios para la vista (marcos, lentes o lentes de contacto) • Mejoras Debe usar un proveedor de la red de VSP Vision Care.	Dentro de la red \$0 de copago por cada examen de la vista cubierto por Medicare para tratar una afección ocular. \$0 de copago para pruebas de detección de glaucoma cubiertos por Medicare. \$0 de copago para la prueba de retinopatía diabética cubierta por Medicare. \$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas. Se requiere autorización previa. No se requiere derivación para los exámenes de rutina. \$0 de copago para un examen de la vista de rutina. Este plan ofrece una asignación anual de \$300. \$0 de copago hasta el monto de la asignación para anteojos (marcos, cristales o lentes de contacto). Después de los beneficios pagados por el plan, usted es responsable del costo restante y puede usar la asignación flexible como forma de pago.

CAPÍTULO 4 *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Cualquier asignación no utilizada vencerá el 31 de diciembre.
 Consulta preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre la consulta preventiva única <i>Bienvenido a Medicare</i> . 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 e inyecciones [o vacunas]) y derivaciones a otro tipo de atención si fuera necesario. Importante: Cubrimos la consulta preventiva Bienvenido a Medicare solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> .	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> .

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

La tabla a continuación enumera los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna circunstancia o que están cubiertos solamente en circunstancias específicas.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse 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).

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias. Las visitas de rutina están cubiertas como un beneficio complementario. Consulte la Tabla de beneficios médicos anterior para obtener más detalles.
Cirugía o procedimientos cosméticos	Cubierto en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con malformaciones. Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de un mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	No cubiertos en ninguna situación
Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.	Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos cobrados por la atención por familiares directos o miembros del hogar	No se cubre en ninguna situación.
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.	No se cubre en ninguna situación.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Entrega de comidas a domicilio	Se cubre después de una hospitalización o como parte de nuestros beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). No todos los miembros cumplen los requisitos. Consulte la Tabla de beneficios médicos anterior para obtener más detalles.
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas	Se cubre como parte de nuestros beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). No todos los miembros cumplen los requisitos. Consulte la Tabla de beneficios médicos anterior para obtener más detalles.
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos)	Se cubre en virtud de nuestro beneficio complementario de acupuntura. Las visitas de servicio son limitadas. Consulte la Tabla de beneficios médicos anterior para obtener más detalles.
Atención odontológica que no sea de rutina	Los servicios dentales integrales están cubiertos por nuestro beneficio dental complementario. Los servicios están disponibles hasta el monto máximo anual permitido. Consulte la Tabla de beneficios médicos anterior para obtener más detalles. Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de un soporte para la pierna y están incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor	No cubiertos en ninguna situación
Habitación privada en el hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros de anticonceptivos sin receta	No se cubre en ninguna situación.

CAPÍTULO 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas	Los servicios dentales de rutina están cubiertos por nuestro beneficio dental complementario. Los servicios están disponibles hasta el monto máximo anual permitido. Se aplican algunas limitaciones. Consulte la Tabla de beneficios médicos anterior para obtener más detalles.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	Los exámenes de la vista de rutina, los anteojos y otros servicios están cubiertos por nuestro beneficio oftalmológico complementario. Los servicios están disponibles hasta el monto máximo anual permitido. Consulte la Tabla de beneficios médicos anterior para obtener más detalles. Se cubre un par de anteojos con marcos estándares (o un par de lentes de contacto) después de cada cirugía de cataratas que implanta una lente intraocular.
Cuidado de rutina de los pies	Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para el ajuste de audífonos	Los exámenes de audición de rutina están cubiertos por nuestro beneficio oftalmológico complementario. Los audífonos están disponibles hasta el monto máximo anual permitido. Consulte la Tabla de beneficios médicos anterior para obtener más detalles.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No se cubre en ninguna situación.

CAPÍTULO 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D*

CAPÍTULO 5:***Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D*****SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan**

Consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Generalmente, nuestro plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando usted siga estas normas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que le emita una receta que sea válida de acuerdo con las leyes estatales aplicables.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir la receta (consulte la Sección 2). o puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- El medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información).

SECCIÓN 2 Cómo surtir una receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *solamente* si se obtienen en las farmacias de la red de nuestro plan. (Para obtener información sobre cuándo cubrimos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con nuestro plan para proporcionar los medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos de la Parte D que están en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

Sección 2.1 Farmacias de la red

¿Busca una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (es.clevercarehealthplan.com/pharmacy) o llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios a los miembros llamando al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o puede usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en es.clevercarehealthplan.com/pharmacy.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- 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 tiene alguna dificultad para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de atención a largo plazo, llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para ciertos lugares o que requieren manipulación especial, coordinación del proveedor o aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de farmacias* es.clevercarehealthplan.com/pharmacy llamando al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al Servicios a los miembros.

Sección 2.2 El servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo. Estos medicamentos están marcados como **medicamentos de pedido por correo** en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan permite para pedir **un suministro del medicamento para al menos 30 días y un suministro para no más de 100 días**.

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Servicios para Miembros 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 pedido por correo en no más de 10 días. Si su pedido se retrasa, llame a CVS Caremark al 1-866-693-4620.

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

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas 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.
- Se inscribió 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 en cualquier momento llamando al 1-833-843-0559.

Si recibe un medicamento con receta que no desea automáticamente por correo y no se comunicaron con usted para saber si lo quería antes de enviarlo, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros llamando al 1-833-843-0559.

Si usted nunca utilizó nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si la nueva receta se debe enviar, atrasar o cancelar.

Para cancelar su inscripción en los envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al 1-833-843-0559.

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático llamado pedido por correo de Caremark. En este programa, comenzamos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si usted elige no usar nuestro programa de resurtido automático, pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe el medicamento con receta, póngase en contacto con su farmacia 14 días antes de que se acabe su medicamento. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para excluirse de nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando al 1-833-843-0559.

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

Si recibe un resurtido que no desea automáticamente por correo, puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Nuestro 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 aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo). 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 a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de farmacias*, es.clevercarehealthplan.com/pharmacy, encontrará información sobre qué farmacias dentro de la red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.4 Cómo usar una farmacia que no forma parte de la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solamente* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede surtir recetas como miembro de nuestro plan. **Verifique primero con Servicios a los miembros** al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

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

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso a nuestro

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

plan). 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 dentro de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan

Sección 3.1 La Lista de medicamentos indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de cobertura*, **la llamamos la Lista de medicamentos**.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan siempre que siga las demás normas 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*:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para el diagnóstico o la afección para los que fue recetado.
- O bien, avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas afecciones, pero se consideran que no están en el formulario para otras afecciones. Estos medicamentos se identificarán en nuestra Lista de medicamentos y en www.Medicare.gov, junto con las afecciones específicas que cubren.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y, generalmente, cuestan menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

CAPÍTULO 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D*

Consulte el Capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar incluidos en la Lista de medicamentos.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y son igual de eficaces. Para obtener más información llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7.1).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 seis niveles de costo compartido para los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- El nivel 1 incluye medicamentos genéricos preferidos. (Nivel de costo más bajo).
- El nivel 2 incluye medicamentos genéricos.
- El nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos.
- El Nivel 4 incluye medicamentos no preferidos.
- El nivel 5 incluye el nivel de especialidad. (Nivel de costo más alto).
- El Nivel 6 incluye medicamentos de atención especializada.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan. En el Capítulo 6, se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

Sección 3.3 Cómo averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos

Para averiguar si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, tiene estas opciones:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que ha sido enviada en formato electrónico.

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

- Visite el sitio web de nuestro plan (es.clevercarehealthplan.com/druglist). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para pedir una copia de la lista.
- Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan (es.clevercarehealthplan.com) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver un valor estimativo de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de menor costo funciona médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas de nuestro plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la formulación del medicamento con receta por su proveedor de atención médica, y pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con 2 por día, comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deben seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.

Llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento.

Si desea pedirnos que no apliquemos la restricción, debe usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización de nuestro plan, según criterios específicos, antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web es.clevercarehealthplan.com.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web es.clevercarehealthplan.com/formulary.

Límites en la cantidad

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

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que desea

Existen situaciones en las que un medicamento con receta que usted toma o que usted y su proveedor creen que debe tomar y que no está en nuestra Lista de medicamentos tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O una versión genérica del medicamento puede tener cobertura, pero la versión de marca que usted desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales sobre la cobertura.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son algunas opciones con respecto a lo que usted puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle a nuestro plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

A fin de ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que usted toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan O ahora debe tener algún tipo de restricción.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si estuvo en nuestro plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta es para menos días, permitiremos que la surta varias veces hasta un máximo de 30 días de medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para miembros que han estado en nuestro plan durante más de 90 días y viven en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

En el período durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento.

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por nuestro plan que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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 funcione para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es actualmente un miembro y el medicamento que toma se retirará del formulario o tendrá algún tipo de restricción el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en el plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo de su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 6.4 del Capítulo 9 para saber qué hacer. Menciona los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

Sección 5.1 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?

Si un medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Podría haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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 funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 6.4 del Capítulo 9 para saber qué hacer. Menciona los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

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

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

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

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

CAPÍTULO 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D*

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de modificar la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web al respecto. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente. A veces, recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que lo afectan durante este año del plan

- **Agregar medicamentos nuevos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Cuando agreguemos una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos hacer estos cambios de inmediato y comunicárselos más adelante, incluso si toma el medicamento que estamos retirando o haciendo cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre los cambios específicos que hicimos..
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos con previo previo.**
 - Cuando agreguemos otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La versión del medicamento que agregamos estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le comunicaremos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

de medicamentos. Si usted toma ese medicamento, le informaremos después de que realicemos el cambio.

- **Hacer otros cambios sobre 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, nos basamos en el recuadro de advertencias de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional para días del medicamento que está tomando.

Si realizamos cambios en cualquiera de los medicamentos que usted toma, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluso cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que usted toma. Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para que continuemos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que usted toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos que no lo afectan durante este año del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se le aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1.º de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no lo afectarán durante el año del plan actual son los siguientes:

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Imponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que usted toma (excepto un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que usted toma que lo afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Se *excluyen* algunos tipos de medicamentos con receta. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo (excepto determinados medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cobertura de medicamentos mejorada). Si apela

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación, se presentan 3 normas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren en virtud de la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *off-label* de un medicamento cuando el uso no está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. El uso *Off-label* es cualquier uso del medicamento distinto al indicado en la etiqueta del medicamento aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.

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

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos usados para promover la fecundidad
- Medicamentos usados para aliviar la tos o los síntomas de resfríos
- Medicamentos usados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones fluoradas
- Medicamentos usados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante exija como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta (cobertura de medicamentos mejorada) que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Nuestro plan cubre medicamentos recetados para la tos (bezonatato), vitaminas (B12, D2, ácido fólico) y el medicamento para tratar la disfunción eréctil (limitado a 6 comprimidos cada 30 días). El monto que paga para estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura catastrófica. (En la Sección 6 del Capítulo 6 de este documento, se describe la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Si usted **recibe Ayuda Adicional de Medicare** para pagar sus medicamentos con receta, la Ayuda Adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura para medicamentos tiene

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

disponible. (Busque los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

Si recibe Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta, la Ayuda Adicional no pagará los medicamentos que por lo general no se cubren. Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura para medicamentos tiene disponible. (Busque los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir una receta, proporcione la información de membresía de nuestro plan (que puede encontrarse en su tarjeta de miembro) en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan *nuestra* parte del costo del medicamento. Debe pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando retire el medicamento con receta.

Si usted no tiene su información de membresía de nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción en nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. Luego, puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde pagar. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá los medicamentos con receta siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura, que se describen en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente de un centro de atención a largo plazo

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

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

Revise el *Directorio de farmacias* es.clevercarehealthplan.com/pharmacy para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo o la que utiliza dicho centro es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si usted está en un centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de centros de atención a largo plazo.

Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura de medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Puede ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos en relación con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura para medicamentos que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo paga primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura de medicamentos para el año calendario siguiente es acreditable.

Si la cobertura del plan del grupo es acreditable, quiere decir que nuestro plan incluye una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare.

Conserve los avisos sobre la cobertura acreditable porque es posible que los necesite más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su centro 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 centro de cuidados paliativos que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pregunte a su proveedor de hospicio o persona autorizada a dar recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su receta.

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

En caso de que revoque su elección de centro de cuidados paliativos o sea dado de alta de dicho centro, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos conforme se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos

Llevamos a cabo revisiones sobre el uso de los medicamentos para asegurarnos de que nuestros miembros reciban una atención segura y adecuada.

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

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque usted toma otro medicamento similar para tratar la misma afección
- 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 usted toma.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.1 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes profesionales que recetan, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con los profesionales que le recetan para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con los profesionales que le recetan, si decidimos que el uso de opioides o benzodiazepinas con receta podría no ser seguro, podemos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- 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 profesional que receta determinado

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos con receta solo de una persona autorizada a dar recetas o farmacia específicas. Tendrá la oportunidad de informarnos qué profesionales que recetan o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su profesional que emite recetas tienen derecho a una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se lo colocará en un programa de administración de medicamentos (DMP) si usted tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con un cáncer o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un hospicio, cuidados paliativos o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede(n) ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama programa Administración de tratamientos con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario(s) y gratuito(s). Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de los costos de los medicamentos o se encuentran en un programa de administración de medicamentos para ayudarles a usar sus opioides de manera segura pueden recibir servicios a través de un programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud llevarán a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debería tomar, el momento donde debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre el desecho seguro de los medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

CAPÍTULO 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D*

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Mantenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que deba ir al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, avísenos y lo retiraremos. Si tiene preguntas sobre este programa, comuníquese con Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

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 con receta de la Parte D puede no se aplica a usted.** le enviamos un folleto separado que se denomina *Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta* (también denominada *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este folleto, llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional LIS*.

En este capítulo, usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. 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, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar cobertura de medicamentos (es.clevercarehealthplan.com/druglist), el costo que ve muestra una estimación de los gastos que paga de su bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información de la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para Miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de gastos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Existen 3 tipos diferentes de gastos que paga de su bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede pedir que pague:

- **Deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- **Copago** es un monto fijo que paga cada vez que surte una receta.
- **Coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los gastos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que no cuenta como costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los gastos que paga de su bolsillo.

Los gastos que paga de su bolsillo **incluyen** los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y usted haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
 - La Etapa de cobertura inicial.
- Los pagos que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos de Medicare diferente antes de afiliarse a nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos a través de la Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el sida y la mayoría de las organizaciones benéficas.

Paso a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de \$2,100 en el año calendario, pasa de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en los gastos que paga de su bolsillo.

Los gastos que paga de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos con receta y vacunas que cubre la Parte A o la Parte B.
- Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos en su cobertura adicional, pero que un plan de medicamentos de Medicare normalmente no cubre.
- Los pagos que realiza por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare.
- Pagos por sus medicamentos que realizan ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud para Veteranos (Departamento de Asuntos de Veteranos).

- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos conforme al Programa de Descuentos del Fabricante.

Seguimiento de los gastos que paga de su bolsillo

- La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB) que usted recibe incluye el monto total actual de los gastos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance \$2,100, la *EOB de la Parte D* le indicará que ha dejado la etapa de cobertura inicial y ha pasado a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1 para saber lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos en virtud de Clever Care Longevity. El monto que paga por cada medicamento con receta depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o resurta una receta. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapas 1: Etapa de deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa de cobertura catastrófica

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que efectúa cuando obtiene sus medicamentos con receta en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. Hacemos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Gastos que paga de su bolsillo:** el monto que pagó. Esto incluye lo que usted paga cuando recibe un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos por la Ayuda Adicional de Medicare, los planes de salud de un sindicato o empleador, el Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el sida, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).

CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

- **Total de costos de medicamentos:** el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que pagó usted y lo que otros programas u otras organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si surtió una o más recetas a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona detalles de pago sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra el total de costos de medicamentos, lo que nuestro plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1.º de enero.** Esto muestra el total de costos de medicamentos y el total de pagos por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento e información sobre cambios en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de saber qué recetas surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que puede pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de los gastos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los gastos que paga de su bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. **Estos son algunos ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
 - Cada vez que compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o que paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.

CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

- **Envíenos información sobre los pagos que terceros realicen por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta en los gastos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa estatal de asistencia farmacéutica de , un programa de asistencia de medicamentos para el sida (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus gastos que paga de su bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o si tiene preguntas, llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

No hay deducible para Clever Care Longevity. Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surta la receta

Durante la etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte (el copago o monto del coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde surta la receta.

Nuestro plan tiene seis niveles de costo compartido.

Cada medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- El Nivel 1 incluye medicamentos genéricos preferidos. *(Este es el nivel más bajo).*
- El Nivel 2 incluye medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos.
- El Nivel 4 incluye medicamentos no preferidos.
- El Nivel 5 incluye medicamentos del nivel de especialidad. *(Este es el nivel más alto).*
- El Nivel 6 incluye medicamentos de atención especializada.
- Nivel 3: Usted paga \$35 por cada suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.
- Nivel 4: Usted paga \$35 por cada suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.

CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

- Nivel 5: Usted paga \$35 por cada suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacias

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5.
- Farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* de nuestro plan (es.clevercarehealthplan.com/pharmacy).

Sección 5.2 Sus costos por un suministro de *one-month* de un medicamento cubierto

Durante la Etapa de cobertura inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o coseguro.

El monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Sus costos por un suministro de *one-month* de un medicamento cubierto de la Parte D

				Costo compartido fuera de la red
	Costo compartido dentro de la red minorista estándar	Costo compartido de pedido por correo	Costo compartido de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)	(La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles).
Nivel	(suministro de hasta 30 días)	(suministro de hasta 30 días)	(suministro de hasta 31 días)	(suministro de hasta 30 días)

CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferida)	\$40 de copago	\$40 de copago	\$40 de copago	\$40 de copago
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de marca no preferida)	\$99 de copago	\$99 de copago	\$99 de copago	\$99 de copago
Nivel 5 de costo compartido (Especialidad)	33 % de coseguro	33 % de coseguro	33 % de coseguro	33 % de coseguro
Nivel 6 de costo compartido (Atención exclusiva)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido., incluso si no ha pagado su deducible.

Para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D, consulte la Sección 7 de este capítulo.

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del suministro para el mes completo

Por lo general, el monto que paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, usted o su proveedor deseen obtener un suministro

CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

Si recibe un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos, usted no tendrá que pagar el suministro para un mes completo.

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que reciba, en lugar del mes completo. Calculamos el monto que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es hasta un suministro para 100 días.

A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Sus costos por un suministro *long-term* (hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (Suministro para hasta 100 días)	Costo compartido de pedido por correo (Suministro para hasta 100 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferida)	\$120 de copago	\$80 de copago

CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de marca no preferida)	\$297 de copago	\$198 de copago
Nivel 5 de costo compartido (Especialidad)	33 % de coseguro	33 % de coseguro
Nivel 6 de costo compartido (Atención exclusiva)	\$0 de copago	\$0 de copago

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta 2 meses, o \$105 por un suministro de hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los gastos que paga de su bolsillo para el año alcancen

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el total de los gastos que paga de su bolsillo alcance . Luego, pasa a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

La EOB de la Parte D que recibió lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, nuestro plan y terceros han gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros llegarán al límite de gastos de bolsillo de en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los gastos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 La etapa de cobertura en situaciones catastróficas

En la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted entra en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los gastos que paga de su bolsillo alcanzan el límite de para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted, incluso si

CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

no ha pagado su deducible.. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o comuníquese con Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre la cobertura y el costo compartido para vacunas específicas.

La cobertura de vacunas de la Parte D tiene 2 partes:

- La primera parte es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte es el costo de **administrarle la vacuna**. (A veces se le denomina colocación de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de 3 elementos:

1. Determinar si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (Advisory Committee or Immunization Practices, ACIP).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), y no le cuestan nada.

2. Dónde obtiene la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

3. Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- Cuando se vacuna, es posible que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando se vacuna, paga solamente su parte del costo en virtud de su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.

A continuación, se presentan 3 ejemplos de formas de recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

Situación 1: La vacuna de la Parte D se le administra en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados, no se permite que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted le paga a la farmacia su de copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Situación 2: La vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando se vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier de copago por la vacuna (incluida la administración).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, le paga a la farmacia su de copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó.

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos*

CAPÍTULO 7:***Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos*****SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos**

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que pagó más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura de nuestro plan o es posible que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (que le haga un reembolso). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más de la parte que le corresponde del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Vaya a la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o por un importe más alto que la parte que le corresponde del costo compartido. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que los costos compartidos permitidos por el plan. Si es un proveedor contratado, todavía tiene derecho al tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle a nuestro plan que le haga un reembolso o que pague una factura que recibió:

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan.

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que el proveedor sea parte de nuestra red o no. En estos casos:

- Usted solamente es responsable de pagar su parte del costo por servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.
- Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos*

- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pida pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan y pedirle a usted solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación del saldo**. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según nuestro plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en nuestro 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 sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Debe enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que tramitemos el reembolso.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para surtir un medicamento con receta.

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted debe pagar el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solamente cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5 para obtener información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos*

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan.

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o busque la información de inscripción en nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse en su caso. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir el servicio o medicamento. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debemos cubrirlo, pagaremos por nuestra parte del costo por el servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Puede pedirnos que le devolvamos el dinero llamándonos o enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación dentro de los 365 días** contados a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Clever Care Health Plan
Attn: Claims Department
7711 Center Ave., Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

CVS Caremark
Attn: Claims Department
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos*

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

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 que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior al precio negociado). Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o que usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o del medicamento, puede presentar una apelación

Si usted piensa que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al Capítulo 9.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales

Sección 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, large print, or other alternate formats, etc.)

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan can meet these accessibility requirements include but are not limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We provide written materials in these languages: English, Chinese (Traditional), Korean, Vietnamese, and Spanish. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about our plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services at 1-833-388-8168 (TTY users call 711).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in our plan's network for a specialty are not available, it is our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with a Grievance & Appeals representative at 1-833-388-8168. You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

本計劃必須確保所有服務（無論是臨床和非臨床）均以符合文化敏感度的方式提供，並使所有投保人（包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力障礙者或具有不同文化和種族背景

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

者)皆可獲得這些服務。本計劃可能滿足這些方便取用要求的範例包括但不限於提供筆譯服務、口譯服務,或透過失聰專用電話裝置或聽障專線(TTY)(文字電話或失聰專用電話裝置)連線。

本計劃提供免費口譯服務,為非使用英語的會員解答疑問。如果您有需要,我們也可免費以點字版、大字版或其他替代格式為您提供資訊。按照規定,我們必須使用對您而言合適且方便取用的格式,為您提供本計劃福利相關資訊。若要以對您而言合適的方式從我們這裡取得資訊,請致電會員服務,電話是 1-833-808-8153(普通話)或者 1-833-808-8161(粵語)(聽障專線(TTY)使用者請致電 711)。

本計劃必須為女性投保人提供相關選項,方便他們直接前往網絡內婦女健康專科醫生處進行婦女例行性和預防性的醫療保健服務。

如果本計劃網絡內沒有特定專科的醫療機構,本計劃有責任在網絡外尋找能為您提供必要護理服務的專科醫療機構。在這種情況下,您只需要支付網絡內分攤費用。如果您發現本計劃網絡內沒有專科醫生提供所需的服務,請致電本計劃諮詢相關資訊,以瞭解如何以網絡內分攤費用取得該服務。

如果無法透過對您而言合適且方便取用的格式從我們這裡取得資訊、到婦女健康專科醫生處看診或尋找網絡內專科醫生,請致電聯絡申訴與上訴代表 1-833-808-8153(普通話)或者 1-833-808-8161(粵語)以提出申訴。您也可致電 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)向聯邦醫療保險(Medicare)提出申訴,或者直接向民權辦公室(1-800-368-1019,聽障專線(TTY) 1-800-537-7697)提出申訴。

우리 플랜은 임상 및 비임상의 모든 서비스가 문화적 요구를 충족하는 방식으로 제공되며, 또한 영어 능력이 제한적이거나 읽기 능력이 제한적이거나 청각 장애가 있거나 다양한 문화적, 민족적 배경을 가진 사람들을 포함한 모든 가입자가 이용할 수 있는 형태로 제공 되도록 조치할 의무가 있습니다. 우리 플랜이 이러한 이용 요구를 충족시킬 수 있는 방법에는 번역 서비스, 통역 서비스, 전신타자기 또는 TTY(문자 전화 또는 전신타자기 전화) 연결 제공 등이 있지만 이에 국한되지 않습니다.

영어를 사용하지 않는 가입자는 우리 플랜에 질문할 때 무료 통역사를 이용하실 수 있습니다. 또한 가입자가 원하시는 경우 점자, 큰 활자 또는 다른 대체 형식으로 작성된 정보를 무료로 제공해 드릴 수 있습니다. 우리는 가입자가 접근 가능하고 가입자에게 적절한 형식으로 플랜 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방법으로 정보를 얻고자 하시면 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하시기 바랍니다.

우리 플랜은 여성 가입자에게 여성의 일상적 및 예방적 건강 관리 서비스를 위해 네트워크 내의 여성 건강 전문의에게 직접 접근할 수 있는 옵션을 제공하도록 되어 있습니다.

우리 플랜의 네트워크 내에서 전문 분야 서비스 제공자를 이용할 수 없는 경우, 귀하에게 필요한 서비스를 제공할 네트워크 외의 전문 서비스 제공자를 찾는 것은 우리 플랜의 책임입니다. 이 경우 귀하는 네트워크 내 비용 부담액만 지불합니다. 귀하에게 필요한 서비스를 제공하는 전문의가 우리 플랜의 네트워크 내에 없는 상황이라면, 우리 플랜에 전화하여 네트워크 내 비용 부담으로 해당 서비스를 받을 수 있는 곳을 알아보십시오.

우리 플랜으로부터 귀하에게 접근 가능하고 알맞은 형식으로 정보를 얻거나 여성 건강 전문의 또는 네트워크 내 전문의를 찾는데 어려움이 있는 경우 고충 및 이의 제기 담당자에게 1-833-808-8164에 전화하여 고충을 제기하십시오. 또한 Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하거나 직접 민권실에 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697번으로 전화하여 불만을 제기하실 수도 있습니다.

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos quienes tengan un conocimiento limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros: prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros que no hablen inglés. También podemos brindarle información en braille, letra grande y otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios de nuestro 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 Servicios a los Miembros al 1-833-388-8168, (usuarios de TTY llamen al 711).

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si no hay proveedores de la red de nuestro plan disponibles para una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores especializados fuera de la red que puedan brindarle la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre adónde acudir para obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en la salud de la mujer o encontrar un especialista dentro de la red, llame para presentar una queja ante un representante de quejas y apelaciones al 1-833-388-8168. También puede presentar una queja a Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles, al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Chương trình của chúng tôi phải đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp một cách phù hợp về mặt văn hóa và có thể tiếp cận được với tất cả những người ghi danh, bao gồm cả những người có khả năng Anh ngữ hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có văn hóa và nguồn gốc dân tộc khác nhau. Ví dụ về cách chương trình của chúng tôi có thể đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này bao gồm nhưng không giới hạn ở: cung cấp dịch vụ phiên dịch, dịch vụ thông dịch viên, máy điện báo hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản hoặc máy đánh chữ).

Chương trình của chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để giải đáp thắc mắc của các hội viên không nói tiếng Anh. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng chữ nổi, bản in cỡ chữ lớn hoặc các định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình của chúng tôi 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 Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-833-808-8163 (Người dùng TTY xin gọi 711).

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho những người ghi danh là phụ nữ tùy chọn tiếp cận trực tiếp với một bác sĩ chuyên khoa về sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới các dịch vụ chăm sóc sức khỏe dự phòng và thông thường cho phụ nữ.

CAPÍTULO 8 *Sus derechos y responsabilidades*

Nếu không có nhà cung cấp chuyên khoa trong mạng lưới chương trình của chúng tôi thì chương trình có trách nhiệm xác định các nhà cung cấp chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp cho quý vị các dịch vụ chăm sóc cần thiết. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ phải trả khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu không có bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi cho chương trình để biết thông tin về nơi đến để nhận dịch vụ với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

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, gặp một bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ hoặc tìm một bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới, hãy gọi điện để gửi đơn khiếu nại với một chuyên viên về Khiếu nại & Kháng nghị theo số 1-833-808-8163. 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 Dân quyền theo số điện thoại 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un médico de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan para proporcionar y coordinar sus servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación. No le pedimos que obtenga una remisión para ir a proveedores de la red.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *dentro de un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, el Capítulo 9 le explica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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.
- Tiene derechos relacionados con su 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.

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de brindarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga la facultad legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o requeridas por ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno 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 de salud, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información para una investigación o para otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; normalmente, esto requiere que la información que lo identifica de forma única no se comparta.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en nuestro plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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. Estamos obligados a proporcionarle este Aviso de prácticas de privacidad, que explica de qué manera podemos utilizar la información sobre usted y cuándo podemos compartir o “divulgar” esa información a otras personas. Usted también tiene derechos con respecto a su información de salud que se describen en este aviso. Estamos obligados a cumplir con los términos descritos en este aviso y a proteger su información de salud de acuerdo con las leyes de privacidad federales y estatales aplicables.

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 vulneración 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

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

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 de salud, publicaremos el aviso revisado en el sitio web de su plan de salud, clevercarehealthplan.com. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo cualquier aviso 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 normas 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 permitido por ley usar y divulgar su información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) para fines relacionados con su tratamiento, el pago de su atención médica y para operar nuestro negocio. Esto incluye compartir información con proveedores de atención médica, farmacias y otras entidades involucradas en su atención. 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, incluido 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

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

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 proporcionarle 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 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 de salud a una persona involucrada en su atención o que ayude a pagar su atención, como un miembro de la familia, cuando usted proporcione su conformidad verbalmente, autorización por escrito o cuando esté de acuerdo o no se oponga cuando se le da la oportunidad. Si resulta incapacitado en una emergencia o no puede oponerse, 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.

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

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.

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 (Workers' Compensation) según lo autorizado por, o en la medida necesaria para cumplir con, las leyes estatales de indemnización 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 solamente 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 otras personas; o para la seguridad y protección de la institución penitenciaria.

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

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

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:

- Abuso de alcohol y sustancias
- Información biométrica
- Maltrato o abandono de niños o adultos, lo que incluye en caso de agresión sexual
- Enfermedades contagiosas
- Información genética
- VIH/sida
- Salud mental
- Información de menores
- Medicamentos recetados
- Salud reproductiva
- Enfermedades de transmisión sexual

Si el uso o la divulgación de la información de salud descrita anteriormente en este aviso están prohibidos o sustancialmente limitados por otras leyes que se aplican a nosotros, es nuestra intención cumplir con los requisitos de la ley más estricta.

Mantenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y procedimentales 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 solamente 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 obliga a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida. Si se produce una vulneración que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

información, se lo notificaremos de inmediato, conforme lo exige la ley. Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia del aviso si lo solicita.

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 participan 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. **Si bien haremos todo lo posible para cumplir con su solicitud y atenderemos las solicitudes que se realicen de conformidad con nuestras políticas, tenga en cuenta que no estamos obligados a aceptar ninguna restricción, a menos que lo exija la ley.**

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 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;

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

(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, clevercarehealthplan.com.

Ejercicio de sus derechos

Cómo 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 Servicios para Miembros al número gratuito 1-833-388-8168 (TTY: 711) de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre.

Cómo 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 modificaciones en su registro, a la siguiente dirección:

Clever Care Health Plan
Attn: Privacy Officer
7711 Center Ave., Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

Como alternativa, puede enviar su solicitud por correo electrónico a compliance@ccmapd.com.

Cómo presentar una queja.

Si cree que se han vulnerado 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.** La ley nos prohíbe tomar represalias contra usted por presentar una queja. Su decisión de presentar una queja no afectará sus beneficios ni la atención que recibe.

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

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

sobre un afiliado o un solicitante de cobertura de atención médica que identifique a la persona, que no sea de dominio público y se recopile de la persona o se obtenga en relación con la prestación de cobertura de atención médica para el individuo.

Información que recopilamos

Dependiendo del producto o servicio que tenga con nosotros, podemos recopilar información financiera personal no pública sobre usted de las siguientes fuentes:

- Información recibida a través de su solicitud u otros formularios, como nombre, dirección, edad, información médica y número de Seguro Social.
- Información sobre sus transacciones con nosotros, nuestras filiales u otras personas, 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 no afiliado, excepto que lo exija o permita la ley. Por ejemplo, en el curso de nuestras prácticas comerciales generales, podemos, según lo permita la ley, divulgar cualquier información financiera personal que recopilemos sobre usted, sin su autorización, a los siguientes tipos de instituciones, a título enunciativo:

- 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 sus cuentas 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 medidas de seguridad físicas, electrónicas y procedimentales 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 Servicios para Miembros llamando al número gratuito 1-833-388-8168 (TTY: 711): puede llamar del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, y del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca de nuestro plan, la red de proveedores y los servicios cubiertos

Como miembro de Clever Care Longevity, usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. 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. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma 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

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

que no se vaya. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta responsabilidad plena por lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. 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:

- **Completar un formulario por escrito para otorgarle a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez usted 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 con anticipación en estas situaciones se denominan **documentos de directivas anticipadas**. Documentos como el **testamento vital** y el **poder de representación para atención médica** son ejemplos de documentos de directivas anticipadas.

Cómo formular un documento de directivas anticipadas para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede conseguir un formulario de documento de directivas anticipadas a través de su abogado, un asistente social o en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede llamar a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para solicitar los formularios.
- **Complete el formulario y fírmelo.** Independientemente de dónde consiga este formulario, es un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que lo van a hospitalizar y firmó un documento de directivas anticipadas, **lleve una copia al hospital**.

- El hospital le preguntará si firmó un documento de directivas anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no firmó un documento de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Completar un documento de directivas anticipadas es su elección (incluido si desea o no firmar un formulario si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no directivas anticipadas.

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

Si sus instrucciones no se siguen

Si ha firmado un documento de directivas anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí se mencionan, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de California.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, alguna inquietud o alguna queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Sección 1.7 Si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados

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, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

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 resolver el problema que tiene en estos lugares:

- **Llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame al SHIP al 1-800-434-0022.**
- **Comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048).**

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicios a los miembros de nuestro plan al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame al SHIP local al 1-800-434-0022.**
- **Comuníquese con Medicare.**
 - Visite <https://www.Medicare.gov> para leer la publicación *Medicare Rights & Protections (Derechos y protecciones de Medicare)* (disponible en www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación, se indica lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan. Si tiene preguntas, llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto y conocer las normas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre los servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cualquier otra cobertura médica o cobertura de medicamentos, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al 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 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 obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al 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:
 - Debe continuar pagando una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o medicamento.
 - Si le corresponde pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

CAPÍTULO 8 *Sus derechos y responsabilidades*

- **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto de esto para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.**
- **Si se muda *fuera* del área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, comuníquese al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:

Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas** (que también se denominan reclamos).

Ambos procesos cuentan con la aprobación de Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar y qué hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, este capítulo utiliza palabras más familiares, en lugar de algunos términos legales.

No obstante, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos utilizar para recibir la ayuda o información adecuada, incluimos estos términos legales cuando damos detalles sobre el manejo de situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

problema que tenga. Además, ellos también pueden responder preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Comuníquese con Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) al 1-800-434-0022 o al aging.ca.gov/hicap

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para que lo ayuden.

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

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

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

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Consulte la **Sección 4 Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones**.

No.

Consulte la **Sección 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**.

Decisión de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los servicios y artículos médicos, así como a los medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

por su atención médica. Por ejemplo, si un médico de la red de nuestro plan lo deriva a un especialista médico que no está dentro de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o el médico de la red puedan demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de cobertura* deje en claro que el servicio al que se lo derivó nunca está cubierto en ninguna situación. Usted o su médico también pueden contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, 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 una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que usted reciba un beneficio, y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En determinadas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos las normas correctamente. Cuando completamos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será rechazada, 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 apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, la apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 a cargo de una organización de revisión independiente que no tiene relación con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 sobre atención médica, consulte la **Sección 5.4**.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan en detalle en la Sección 6.

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles de apelación adicionales (este capítulo explica los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Cómo obtener ayuda para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Obtenga ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser nombrado como su representante. Llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Designación de representante*. El formulario también está disponible en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf en nuestro sitio web en es.clevercarehealthplan.com.
 - Para atención médica o medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para medicamentos de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, un pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario de *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf en nuestro sitio web en es.clevercarehealthplan.com). Este formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos terminar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de que termine el plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

referencias. Existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. Proporcionamos detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto
- **Sección 8:** 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 a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información del SHIP.

SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4, en la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican normas diferentes a la solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos de la Parte B de las normas para los servicios y artículos médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes 5 situaciones:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que nuestro plan la cubre. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autoriza la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que nuestro plan cubre esta atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
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. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

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 externos (CORF), consulte las Secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:
Una decisión de cobertura que involucra atención médica se denomina determinación de la organización .
Una decisión de cobertura rápida se denomina determinación acelerada .

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma en el plazo de 7 días calendario cuando el servicio o artículo médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás servicios y artículos médicos, o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con 2 requisitos:

- *Solo puede solicitar* cobertura para servicios o artículos médicos (no puede solicitar el pago de artículos o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándares podría perjudicar de forma grave su salud o afectar su capacidad de recuperar la función.

Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.

Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:

- Explique que usaremos los plazos estándares.

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Explica que si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
- 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.

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándares usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en el plazo de 7 días calendario después de recibida su solicitud de un servicio o artículo médico que está sujeto a las normas de autorización previa. Si el servicio o artículo médico que solicitó no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en el plazo de 72 horas después de recibida su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos 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 considera que *no deberíamos* tomarnos más días, puede presentar una queja rápida. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas).

En el caso de las decisiones de cobertura rápida usamos un marco de tiempo acelerado.

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 de la Parte B, le responderemos dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si considera que *no* deberíamos tomarnos más días, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si denegamos su solicitud, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:
Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina reconsideración del plan .
Una apelación rápida también se denomina reconsideración acelerada .

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, se presenta una apelación estándar dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención médica, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que se indican en la Sección 5.2.

Paso 2: Solicitar a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito enviando una solicitud.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de causa justificada pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar información adicional para respaldar su apelación.** Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos y posiblemente nos contactemos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales **si está solicitando un artículo o servicio médico.** Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si está solicitando un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos en el plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a la totalidad o parte de lo que solicitó,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B que todavía no recibió, le daremos una respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su salud así lo exige.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales **si está solicitando un artículo o servicio médico.** Si nos tomamos días adicionales, se

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

- Si considera que no deberíamos tomarnos más días, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), le enviaremos su solicitud a una apelación del Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en el plazo de 30 días calendario si está solicitando un servicio o artículo médico, o **en el plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2.

Sección 5.4 El Nivel 2 del proceso de apelación

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”).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o se debe cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso**. Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente 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.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** desde la recepción de su apelación.

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si está solicitando un artículo médico o servicio y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que podría beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2.

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un servicio o artículo médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si está solicitando un artículo médico o servicio y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que podría beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud para un servicio o artículo médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión independiente en el caso de las solicitudes estándares. En el caso de las solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud para un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en el plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión independiente en el caso de las **solicitudes estándares**. En el caso de las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está 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 **ratificar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
 - Explicar la decisión.
 - Informarle su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.

- Explicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, 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 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. La Sección 9 explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 5.5 Si nos está pidiendo que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

En el Capítulo 7, se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice 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 tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si siguió las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y usted siguió las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo normalmente en el plazo de 30 días calendario, pero a más tardar dentro de los 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** 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 la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3. En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle el costo de atención médica que ya recibió y pagó, no se le permite solicitar una apelación rápida.

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en el plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **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 con receta cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D* cada vez. También usamos el término Lista de medicamentos, en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse 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.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Términos legales:
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina determinación de cobertura.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Solicitarnos que paguemos un medicamento con receta que ya compró. **Pedirnos que le devolvamos el dinero. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 6.2 Cómo solicitar una excepción

Términos legales:
Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos implica pedir una excepción al formulario .
Pedir la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento implica pedir una excepción al formulario .
Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido implica pedir una excepción de nivel .

Si un medicamento no está cubierto como usted desea, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Aquí hay 2 ejemplos de excepciones que usted o su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.

Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, tendrá que pagar el monto de costo compartido que se aplica a medicamentos en Nivel 4 (medicamentos no preferidos). No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.

2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto. El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no le aplicamos una restricción a usted, puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que usted debe pagar 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 nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

- Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento,

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.

- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- 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 costo compartido para ningún medicamento en Nivel 5.
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas por las que solicita una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

La Lista de medicamentos suele incluir más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento es igual de eficaz que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general 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 que están en los 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 normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Términos legales:

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación de cobertura acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándares** se toman en el plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman en el plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con 2 requisitos:

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándares podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:
 - que usaremos los plazos estándares.
 - Explica que si su médico u otra persona autorizada a dar recetas solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Le indica 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. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicitar una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS* o en el formulario de nuestro plan, que es está disponible en nuestro sitio web es.clevercarehealthplan.com. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, su información de contacto e información que demuestre cuál es la reclamación denegada que está siendo apelada.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 le indica cómo puede otorgar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que son las razones médicas de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O bien, su médico u otro profesional que extiende recetas pueden informarnos por teléfono y hacer un seguimiento enviándonos por fax o por correo una declaración por escrito si es necesario.

Paso 3: Evaluamos su solicitud y le damos una respuesta.***Plazos para una decisión de cobertura rápida***

- En general, debemos darle una respuesta **en el plazo de 24 horas** después de que recibamos su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en el plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que acordamos en el plazo de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- En general, debemos darle una respuesta **en el plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que acordamos **en el plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico que respalde su solicitud.

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, también estamos obligados a realizarle el pago en el plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si denegamos su solicitud, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:
Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina redeterminación del plan.
Una apelación rápida se denomina redeterminación acelerada .

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se presenta dentro de los 7 días calendario.

Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión que tomamos acerca de un medicamento que aún no recibió, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe contactarse con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** o llámenos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-833-388-8168.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud de redeterminación modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)*, que está disponible en nuestro sitio web es.clevercarehealthplan.com. Incluya su nombre, su información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de causa justificada pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar información adicional para respaldar su apelación. Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos 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

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que acordamos en el plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a la totalidad 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.

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Para las apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero nunca después de **7 días calendario** de recibida su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a la totalidad 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 sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad 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 rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal:
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”).

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o se debe cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que extiende 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 deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
 - **Debe presentar la solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** contados a partir de la fecha indicada en el aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación **at-risk** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso**. Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, la organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándares, la organización de revisión independiente debe comunicarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no recibió. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.*En el caso de las apelaciones rápidas:*

- Si la organización de revisión independiente responde afirmativamente a la totalidad o parte de lo que solicitó, debemos proporcionar la cobertura del medicamento que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.

En el caso de las apelaciones estándares:

- Si la organización de revisión independiente responde afirmativamente a la totalidad o parte de su solicitud de cobertura, debemos proporcionar la cobertura del medicamento que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión independiente aprueba parte o la totalidad de su 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 la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza una **parte o la totalidad** de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

- Explicar la decisión.
- Informarle su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Indicarle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- 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 le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los 2 días calendario de haber sido ingresado en el hospital, recibirá un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Dice lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en las decisiones sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de alta si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
- Firmar el aviso *solamente* demuestra que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

3. **Conserve su copia** del aviso para tener 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 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
 - Para ver una copia de este aviso por adelantado, llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im>.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Para pedirnos que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante un tiempo más prolongado, utilice el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP se encuentra disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted. La **organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche del día del alta.**

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera recibir la decisión de la organización para la mejora de la calidad.
- **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista de alta, *es posible que deba pagar los costos correspondientes* a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista de alta.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Le daremos un **Aviso detallado de alta** antes del mediodía del día después en que se nos contacte. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Puede obtener un modelo del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede obtener un ejemplo de aviso en línea en <https://www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im>.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que usted reciba el alta hospitalaria en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.***¿Qué sucede si la aceptan?***

- Si la organización de revisión independiente dice que **sí, debemos seguir proporcionando los servicios hospitalarios para pacientes internados 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, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la respuesta de la organización de revisión independiente es *negativa*, están diciendo que la fecha prevista de alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **la cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la organización para la mejora de la calidad *rechazó* 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.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo su decisión sobre la primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** a partir del día en que la Organización para la mejora de la calidad dijo que *no* a su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores tomarán una decisión sobre la apelación en el plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos**

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.

- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, tendrá que decidir si quiere llevar su apelación más allá y pasar al Nivel 3.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** que estén cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los 3 tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. 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.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación rápida.** Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:
 - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
2. **Se le pedirá a usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solamente* demuestra que ha recibido la información sobre el momento en que finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP se encuentra disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. La **organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*), se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no cumple con la fecha límite y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la organización para la mejora de la calidad utilizando la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que brinda detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán su apelación, y recibirá la **Explicación detallada de finalización de cobertura** de nuestra parte que explica en detalle nuestras razones para finalizar nuestra cobertura de sus servicios.

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?

- 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). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan?

- Si los revisores la *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**.
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que finaliza su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de esa atención usted mismo.

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide continuar recibiendo atención después de que finalice la cobertura, entonces podrá presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba usted 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 externos (CORF). *después* la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** a partir del día en que la Organización para la mejora de la calidad dijo que *no* a su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores tomarán una decisión sobre la apelación en el plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le brindarán detalles sobre cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay 3 niveles de apelación adicionales después del Nivel 2, lo que representa un total de 5 niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. La Sección 9 explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que usted reciba a su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez de derecho administrativo** o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o abogado mediador acepta su apelación, el proceso de apelación puede concluir o no.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar la atención médica en disputa.

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador deniega su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el 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 apelación *puede concluir o no*.** A diferencia de una decisión del Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede concluir o no*.**
 - Si decidimos aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con ese proceso.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

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 presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que apeló cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles de apelación adicionales. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que usted reciba a su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelación *puede* concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (el 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.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelación *puede* concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisar la apelación, el aviso le dirá si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién 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.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestro Servicios a los miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios a los miembros u otro personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones).	Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Ha pedido que le demos una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i>, y le hemos dicho que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrirle o reembolsarle ciertos artículos, servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
• Una queja también se denomina reclamo. • Presentar una queja se denomina presentar un reclamo. • Otra forma de decir utilizar el proceso de quejas es utilizar el proceso para interponer un reclamo. • Una queja rápida se denomina reclamo acelerado.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).** Si debe hacer algo más, Servicios a los miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Nos ocuparemos de su reclamo tan pronto como lo requiera su caso en función de su estado de salud, pero a más tardar 30 días calendario después de recibir su queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días si usted 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

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

una decisión de cobertura o apelación. Debemos responder a su reclamo acelerada dentro de las 24 horas.

- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en el plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Clever Care Longevity directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en <https://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint>. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Finalización de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Clever Care Longevity puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque decide que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y sus medicamentos con receta, usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta.

Puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **período de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El período de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
 - Si elige esta opción y recibe Ayuda Adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y se queda sin cobertura para medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es

CAPÍTULO 10: Finalización de la membresía en nuestro plan

posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se afilia a un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1.º de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1.º de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, desde el mes en que adquieren el derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3.º mes de adquisición del derecho.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, puede:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare durante este período, también puede afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare por separado al mismo tiempo.
- **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 elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de Clever Care Longevity pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante un período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones aplica a usted. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda.
- Si tiene Medi-Cal
- Si es elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.

CAPÍTULO 10: Finalización de la membresía en nuestro plan

- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC).

Nota: Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. La Sección 9 – del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según la situación.

Para saber si es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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 con receta. Puede elegir entre lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y se queda sin cobertura para medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se afilia a un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía se cancelará normalmente** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.
- **Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su cobertura de medicamentos:** Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168** (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Busque la información en el manual *Medicare & You2026*.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

CAPÍTULO 10: Finalización de la membresía en nuestro plan

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	- Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. - Su inscripción en Clever Care Longevity se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos de Medicare por separado.	- Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. - Su inscripción en Clever Care Longevity se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan de medicamentos.
Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos de Medicare por separado.	Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacer esto. - También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. - Su inscripción en Clever Care Longevity se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, servicios y artículos médicos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus artículos, servicios médicos y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o pedido por correo para surtir sus recetas.**
- **Si es hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su hospitalización estará 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 Longevity debe cancelar su membresía en nuestro plan en ciertas situaciones

Clever Care Longevity debe finalizar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para Miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos con receta.
- Si nos da intencionadamente información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si se comporta continuamente de forma conflictiva y nos dificulta la prestación de atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos.

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos dar por terminada su membresía, llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

Clever Care Longevity no tiene permitido pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

CAPÍTULO 10: Finalización de la membresía en nuestro plan

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si cree que se le pide que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre el derecho aplicable

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas en virtud de esta ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la prohibición de discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con 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, el artículo 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea recibir 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. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a Servicios a los miembros al 1-833-388-8168 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios a los miembros 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 en los que Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las reglamentaciones de los CMS establecidas en los artículos 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Regulaciones

CAPÍTULO 11 Avisos legales

Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Clever Care Longevity, como organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el secretario ejerce en virtud de las reglamentaciones de los CMS establecidas en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Recuperación de pagos en exceso

Nos reservamos el derecho de recuperar cualquier pago en exceso que hayamos hecho por servicios de atención médica de cualquier persona que reciba dicho pago en exceso o de cualquier persona u organización obligada a pagar por los servicios. El pago se podrá recuperar de la persona, del proveedor o de la entidad que recibió el pago en exceso o de la organización legalmente responsable del pago de esos servicios. Todos los esfuerzos de recuperación se realizarán de acuerdo con la ley aplicable.

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 (National Health Care Anti-Fraud Association) 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, Inc. O nosotros 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

CAPÍTULO 11 Avisos legales

- Nunca facilite sus números del Seguro Social, de Medicare o del plan de salud, ni sus datos bancarios a alguien que no conozca o en quien no confíe.
- 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 es víctima de una estafa que involucra pruebas genéticas no autorizadas, actores fraudulentos pueden obtener acceso a su información personal y genética, que puede utilizarse para facturarle 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, clevercarehealthplan.com.

SECCIÓN 6 Aviso sobre Manifest MedEx para ayudar a coordinar información de salud importante

Clever Care Health Plan, Inc. se ha asociado con Manifest MedEx (MX), un intercambio de información de salud (health information exchange, HIE) sin fines de lucro, para ayudar a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica a coordinar y compartir información de salud importante al tratar a nuestros miembros.

MX combina información de diferentes proveedores de atención médica en un solo lugar para que los proveedores tratantes puedan acceder rápidamente a la información que necesitan para tomar mejores decisiones sobre su atención.

Como miembro, usted se inscribe automáticamente en el programa. Sin embargo, puede “excluirse” si no desea que su información médica esté disponible para otros proveedores. Al excluirse de MX, usted elige que su equipo de atención médica no tenga acceso a sus registros médicos a través del sistema de MX, incluido su proveedor de atención primaria y el administrador de atención de enfermería de Clever Care. Optar por excluirse de MX con un proveedor significa que su información no se compartirá con ningún proveedor, incluso en caso de emergencia.

Tiene tres maneras de excluirse de la participación:

- Llame al soporte de Manifest MedEx al 1 (800) 490-7617
- Ingrese en línea y complete el formulario en línea de MX en: <https://www.manifestmedex.org/opt-out>
- Complete y escanee un formulario disponible en: <https://www.manifestmedex.org/opt-out-2/>

CAPÍTULO 11 Avisos legales

Su decisión de participar o no (excluirse) no afectará su capacidad de acceder a la atención médica; sin embargo, esperamos que participe y disfrute de los beneficios de una atención más coordinada.

CAPÍTULO 12 *Definiciones*

Centro quirúrgico ambulatorio: 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: el período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de plan de medicamentos o plan de salud o elegir Original Medicare.

Apelación: usted presenta una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Facturación del saldo: cuando un proveedor (por ejemplo, un médico u hospital) factura a un paciente una cantidad superior al costo compartido permitido por nuestro plan. Como miembro de Clever Care Longevity, solo tiene que pagar los montos de 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 que el monto de costo compartido que nuestro plan indica que usted debe pagar.

Período de beneficios: La forma en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden el uso de servicios en hospitales y centros 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 haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. Debe pagar el deducible de hospitalización por cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente; por eso, las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar: producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Medicamento de marca: un medicamento con receta 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, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

CAPÍTULO 12 Definiciones

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Plan de necesidades especiales para atención crónica (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Coseguro: monto que se le puede exigir que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, el 20 %), como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta después de pagar cualquier deducible.

Reclamo: el nombre formal para presentar una queja es **presentar un reclamo**. El proceso de reclamo *solamente* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. También incluye reclamos si nuestro plan no respeta los períodos de tiempo del proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Copago: monto que es posible que deba pagar como su parte del costo de un servicio médico o suministro, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10) más que un porcentaje.

Costo compartido. la cantidad que paga el miembro cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) cualquier monto del deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; 2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o 3) cualquier monto del coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Nivel de costo compartido: todos los medicamentos de la Lista de medicamentos cubiertos se encuentran en uno de seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Determinación de cobertura: decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento recetado. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento recetado no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

CAPÍTULO 12 Definiciones

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los suministros y servicios de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos con receta: es una cobertura de un medicamento con receta (por ejemplo, de un empleador o grupo sindical) que se espera que pague, 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 cuidados paliativos ('hospicio') u otro centro de atención cuando usted no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia, prestada por personas que no tienen conocimientos o formación profesional, incluye 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.

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. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si el copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en nuestro plan tiene 30 días, el costo compartido diario es de \$1 por día.

Deducible: el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que nuestro plan pague.

Cancelación de la inscripción o cancelar la inscripción: el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan.

Costo de suministro: honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y empaquetar el medicamento recetado.

Persona con doble elegibilidad: persona que es elegible para la cobertura de Medicare y de Medicaid.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): determinados equipos médicos ordenados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Emergencia: emergencia médica se produce cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina creen que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro

CAPÍTULO 12 Definiciones

grave de una función corporal. 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: en este documento, junto con el formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (excepción al formulario) o recibir un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (excepción al formulario).

Ayuda Adicional: un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos y que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Queja formal: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o sobre las farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de cobertura ni de pago.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Hospicio: beneficio que otorga un trato especial a un miembro que se ha certificado médicamente que tiene una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá recibir todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización se produce cuando es ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

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, deberá pagar el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido

CAPÍTULO 12 Definiciones

como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus gastos de bolsillo para el año alcancen el monto umbral de gastos de bolsillo.

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. 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.

Biosimilar intercambiable: biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos): lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte Ayuda Adicional.

Programa de descuentos del fabricante: programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de los medicamentos.

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Monto máximo de gastos de bolsillo: lo máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos dentro de la red. servicios cubiertos de . Además del monto máximo de gastos de bolsillo por servicios médicos cubiertos dentro de la red , también existe un monto máximo de gastos de bolsillo para determinados tipos de servicios.

Medicaid (o Asistencia Médica): programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Indicación medicamento aceptada: uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos o avalado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (por lo general, quienes tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

CAPÍTULO 12 Definiciones

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona se vuelve elegible para Medicare por primera vez.

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 i) una HMO, ii) una PPO, un iii) plan Privado de cargo por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un iv) plan de una Cuenta para Ahorros Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). 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**.

Plan Medicare Cost: un plan Medicare Cost es un plan operado por una organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un plan médico competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud del artículo 1876(h) de la Ley.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios oftalmológicos, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas que tienen Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Especiales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM): programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Miembro (Miembro de nuestro Plan o Miembro del plan): 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).

CAPÍTULO 12 Definiciones

Servicios para Miembros: departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, las quejas formales y las apelaciones.

Farmacia de la red: farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: **proveedor** es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, también para coordinar como proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Período de inscripción abierta: el período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de plan de medicamentos o de plan de salud o elegir Original Medicare.

Determinación de la organización: decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Producto biológico original: producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos y que sirve de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare Fee-for-Service): Original Medicare es ofrecido por el gobierno, y no por un plan médico privado, como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene 2 partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. 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 que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Costos de bolsillo: consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de gasto de bolsillo del miembro.

CAPÍTULO 12 Definiciones

Monto umbral de costos de bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Parte C: consulte plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare voluntario.

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. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos específicamente de la cobertura de los medicamentos de la Parte D. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: cantidad que se agrega a la prima mensual del plan 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 de medicamentos con receta de Medicare estándar) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para afiliarse a un plan de la Parte D.

Prima: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud por una cobertura para medicamentos con receta o una cobertura médica.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando el tratamiento probablemente funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Médico de atención primaria (PCP): médico u otro proveedor al que acude primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para recibir servicios o ciertos medicamentos en función de criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO): grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención prestada a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: portal o aplicación informática donde los afiliados pueden buscar información completa, correcta, oportuna y clínicamente apropiada sobre el formulario y los beneficios específica para afiliados. Esto incluye los montos de

CAPÍTULO 12 Definiciones

costo compartido, los medicamentos alternativos del Formulario que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Derivación: orden por escrito de su médico de atención primaria para que consulte a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una derivación, nuestro plan puede o no pagar los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Área de servicio: área geográfica donde usted debe vivir para afiliarse a un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada y de rehabilitación prestados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Período de inscripción especial: tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar de plan de salud o de plan de medicamentos o volver a Original Medicare. 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 los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un hogar de ancianos, o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Costo compartido estándar: el costo compartido estándar es el costo compartido que no es el costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Terapia escalonada: 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 complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o no es razonable, teniendo en cuenta la hora, el lugar y las circunstancias, que reciba este servicio de parte de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Clever Care Longevity Servicios a los miembros

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-833-388-8168 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana; del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes Servicios a los miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana; del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes
FAX	1-657-276-4720
ESCRIBA A	Clever Care Health Plan 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647
SITIO WEB	es.clevercarehealthplan.com

Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)CaliforniaSHIP de

Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-434-0022
ESCRIBA A	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
SITIO WEB	aging.ca.gov/hicap

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.



Requisitos de accesibilidad y no discriminación

La discriminación es ilegal

Clever Care Health Plan Inc. (en lo sucesivo, Clever Care) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Clever Care no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos embarazo, orientación sexual e identidad de género).

Clever Care:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros; por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lengua de signos.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al (833) 388-8168 (TTY: 711).

Si cree que Clever Care no ha prestado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, orientación sexual e identidad de género), puede presentar una queja ante:

Clever Care Health Plan
Civil Rights Coordinator
7711 Center Ave
Suite 100
Huntington Beach CA 92647

Correo electrónico: civilrightscordinator@ccmapd.com

Fax: (657) 276-4721

Puede presentar una queja por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles de Clever Care está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través del portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por teléfono o por correo postal a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Notice Of Availability

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-833-388-8168 (TTY: 711) or speak to your provider. **Español:** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-833-388-8168 (TTY: 711) o hable con su proveedor. **Tagalog:** PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-833-388-8168 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider. **中文:** 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1-833-808-8153 (国语) / 1-833-808-8161 (粤语) (TTY: 711) 或咨询您的服务提供商。 **台語:** 注意: 如果您說[台語], 我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務, 以無障礙格式提供資訊。請致電 1-833-808-8153 (國語) / 1-833-808-8161 (粵語) (TTY: 711) 或與您的提供者討論。 **Việt:** LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-833-808-8163 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn. **한국어:** 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-833-808-8164 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오. **ՀԱՅԵՐԵՆ:** ՈՒՇԱԿՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրելու համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Հանձնարեք 1-833-388-8168 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ: **РУССКИЙ:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-833-388-8168 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг. **ភាសាខ្មែរ:** សូមយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយនិងសេវាកម្មដែលជាការជួយដល់អ្នក ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-833-388-8168 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ **日本語:** 注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-833-388-8168 (TTY: 711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。 **ਪੰਜਾਬੀ:** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਟਰਾਂਸਕ੍ਰਿਪਟ ਵਿੱਚ ਸਾਹਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-833-388-8168 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ। **ไทย:** หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-833-388-8168 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ **Lus Hmoob:** LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-833-388-8168 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

فارسی

توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-833-388-8168 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-833-388-8168 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

