Cambios en los planes Medicare Advantage (HMO) y (HMO C-SNP) del Clever Care Health Plan 2023 Notificación anual de cambio

Marzo 2023

Esta es información importante sobre cambios en su cobertura del plan Clever Care Medicare Advantage (HMO) o (HMO C-SNP).

Anteriormente le enviamos la Notificación Anual de Cambios (ANOC) con información sobre los cambios en su cobertura por ser afiliado a nuestro plan. Este aviso se envía para notificarle que hay errores en su ANOC. A continuación encontrará información que describe y corrige los errores. Por favor, guarda esta información para su referencia. El ANOC correcto se puede encontrar en nuestro sitio web en es.clevercarehealthplan.com.

Cambios en su ANOC

Dónde puede encontrar el error en su 2023 ANOC	**Información original**	**Información corregida**	**¿Qué significa esto para usted?**
Sección 1.4 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos **Medicamentos de la Parte B de Medicare**	20% de coseguro del monto permitido por Medicare para medicamentos de quimioterapia 20 % de coseguro del monto permitido por Medicare para otros medicamentos de la Parte B	20% de coseguro del coste o la cantidad de coseguro permitida por Medicare, la que sea menor fpara quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B. Los precios pueden cambiar trimestralmente, pero los gastos compartidos no superarán el 20% de coseguro para quimioterapia u otros medicamentos de la Parte B. A partir del 1 de julio de 2023, el suministro de insulina para un mes cubierto por la Parte B no superará los 35 dólares.	No pagará más del 20% del precio de venta al público de los medicamentos para quimioterapia u otros medicamentos de la Parte B de Medicare. No pagará más de 35 dólares por un suministro de insulina para un mes.

No está obligado a tomar ninguna medida en respuesta a este documento, pero le recomendamos que conserve esta información para futuras consultas. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-833-388-8168, (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., siete días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., días laborables, del 1 de abril al 30 de septiembre.

Clever Care Health Plan, Inc. es un plan HMO y HMO C-SNP con un contrato Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.

M10164-ANOCER-ES (23/03)

Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de Cobertura:

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

Este documento le brinda los detalles sobre su atención médica y cobertura de medicamentos recetados de Medicare desde el 1.° de enero hasta el 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicio al Cliente al (833) 388-8168 **para obtener información adicional.** (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.

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

Este documento está disponible de forma gratuita en chino, coreano, español y vietnamita. Si necesita información del plan en un formato alternativo (p. ej., letra grande, braille, audio), llame a Servicio al Cliente al número mencionado anteriormente.

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.° de enero de 2024.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso si es necesario. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

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

- La prima de su plan y los costos compartidos.
- Sus beneficios médicos y de medicamentos recetados.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

H7607_23_ CM1341_C File & Use

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)

Evidencia de Cobertura de 2023

Índice

CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro* 5

SECCIÓN 1 Introducción 6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos lo hacen elegible para ser miembro del plan? 7
SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá 8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Clever Care Fortune.....10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 13
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan 15
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 15

CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes*..... 17

SECCIÓN 1 Contactos de Clever Care Fortune (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicio al Cliente) 18
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....22
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....24
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad.....25
SECCIÓN 5 Seguro Social 26
SECCIÓN 6 Medicaid 26
SECCIÓN 7 Información sobre programas destinados a ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados. 28
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria 29
SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?.....30

CAPÍTULO 3: *Uso del plan para sus servicios médicos*..... 31

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan.....32
SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red del plan para obtener su atención médica.....34
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, necesita atención de urgencia o durante un desastre.....38
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios?.....40
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”? 41

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una "institución religiosa no médica para el cuidado de la salud" 43
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 44

CAPÍTULO 4: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)* 46

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 47
SECCIÓN 2 Cómo utilizar el *Cuadro de beneficios médicos* para averiguar qué está cubierto y cuánto pagará 48
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 96

CAPÍTULO 5: *Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D* 100

SECCIÓN 1 Introducción 101
SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a mediante el servicio de pedidos por correo 101
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben encontrarse en la "Lista de medicamentos" del plan 105
SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos. 107
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que le gustaría? 109
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia? 112
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 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 la seguridad y administración de los medicamentos 118

CAPÍTULO 6: *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D* 121

SECCIÓN 1 Introducción 122
SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago del medicamento" en la que se encuentre cuando obtiene el medicamento 124
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentran 125
SECCIÓN 4 No hay deducible para Clever Care Fortune Medicare Advantage (HMO) 127
SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga la suya 127
SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del período sin cobertura 131

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos 132

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene 132

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*.... 135

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos 136

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió 138

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 139

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades*.... 140

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan 141

SECCIÓN 2 Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan....156

CAPÍTULO 9: *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.... 158

SECCIÓN 1 Introducción 159

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 159

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 160

SECCIÓN 4 Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones....161

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 164

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación....172

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 182

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto....190

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá....196

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 199

CAPÍTULO 10: *Cancelación de su membresía en el plan*.... 203

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan 204

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar usted la membresía en nuestro plan? 204
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar usted la membresía en nuestro plan? 207
SECCIÓN 4 Hasta que su membresía finalice, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 207
SECCIÓN 5 Clever Care Fortune Medicare Advantage (HMO) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones 208

CAPÍTULO 11: *Avisos legales* 210
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente.....211
SECCIÓN 2 Aviso sobre la negación de discriminación 211
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Pagador secundario de Medicare 211
SECCIÓN 4 Recuperación de un pago excesivo 212
SECCIÓN 5 Cómo denunciar el fraude, el derroche y el abuso.....212
SECCIÓN 6 Aviso sobre Manifest MedEx para ayudar a coordinar información médica importante.....213

CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes* 215

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Clever Care Fortune, que es una HMO de Medicare

Está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, Clever Care Fortune (HMO). Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

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

La cobertura en virtud de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en:

www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

El documento *Evidencia de Cobertura* le informa cómo obtener la atención médica y los medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o un tratamiento.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos y los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de nuestro plan.

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

Si no lo entiende bien, está preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Servicio al Cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted y trata sobre cómo nuestro plan cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)* y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre

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

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en nuestro plan entre el 1.° de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de nuestro plan después del 31 de diciembre de 2023. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2023.

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

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

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

- Si tiene tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B.
- –*Y*– si vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.2 a continuación describe nuestra área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran que viven en el área geográfica de servicio, incluso si están físicamente ubicadas en ella.
- –*Y*– si es ciudadano estadounidense o se encuentra legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para Clever Care Fortune

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

California: Los Angeles, Orange, San Bernardino, Riverside y San Diego.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el Servicio al Cliente para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

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

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

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

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Clever Care Fortune, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos (‘hospicio’), o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare denominados ensayos clínicos.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicio al Cliente de inmediato y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* enumera nuestra red. 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 cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener su 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 obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Clever Care autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en es.es.clevercarehealthplan.com. Si no tiene su ejemplar del *Directorio de proveedores*, puede solicitar uno al Servicio al Cliente.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El directorio de farmacias enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han acordado surtir recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene su ejemplar del *Directorio de farmacias*, puede solicitar uno a Servicio al Cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en es. es.clevercareheatlhplan.com.

Sección 3.4 La Lista de medicamentos cubiertos *(Vademécum) del plan*

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

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

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan es.es.clevercarehealthplan.com o llamar al Servicio al Cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Clever Care Fortune

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Penalización por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Monto mensual ajustado relacionado con los ingresos (Sección 4.5)

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

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

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

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare para personas con ingresos diferentes. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual de *Medicare y usted de 2023*, la sección denominada "Costos de Medicare de 2023". Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual aparte del plan para Clever Care Fortune.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

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

Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Penalización por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **penalización por inscripción tardía** de la Parte D. La penalización por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, pasa un período de 63 días seguidos o más en el que usted no tuvo la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. Una "cobertura de medicamentos recetados acreditable" es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que debe pagar, al menos, lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. El costo de la penalización por inscripción tardía depende del tiempo que usted haya estado sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Deberá pagar esa penalización mientras tenga cobertura de la Parte D.

Cuando se inscriba por primera vez en Clever Care Fortune, le informaremos el monto de la penalización.

No tendrá que pagarla si:

- Recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Usted ha pasado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar en una carta o se puede incluir en un boletín del plan. Conserve esta información porque es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
    - **Nota:** El aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados "acreditable" que pagaría el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare.
        - **Nota:** Los siguientes son coberturas de medicamentos recetados *no* acreditables: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.

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

- Si usted estuvo 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que usted no tuvo cobertura. La penalización es del 1 % por cada mes que usted estuviera sin cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la penalización será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare a nivel nacional del año anterior. Para 2023, este monto de prima promedio es de $34.71.
- Para calcular su penalización mensual, multiplique el porcentaje de la penalización y la prima mensual promedio y luego redondee a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% por $34.71, lo que equivale a $4.859. Esto se redondea a $4.86. Esta cantidad se sumaría **a la prima mensual para alguien con una penalización por inscripción tardía de la Parte D**.

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

- En primer lugar, **la penalización puede cambiar cada año porque** la prima mensual promedio también puede hacerlo.
- En segundo lugar, **seguirá pagando una penalización** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la penalización por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su penalización por inscripción tardía de la Parte D se basará solamente en los meses en los que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial hasta tener la edad para apuntarse a Medicare.

Si usted no está de acuerdo con su penalización 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** a partir de la fecha de la primera carta que reciba en la que se le indique que debe pagar una penalización por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una penalización antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

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 según sus

ingresos, visite https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

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

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen varias formas en que puede hacerlo

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

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

Clever Care Health Plan
Attention: Finance 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: Pagos automáticos (originados en su cuenta bancaria)

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

Opción 3: Puede hacer que deduzcan su multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social

Puede cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D. Si decide cambiar la forma de pagar la prima, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago, llame a Servicio al Cliente.

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

Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, esa multa debe pagarse en nuestra oficina antes de que finalice el mes cubierto. Si no hemos recibido el pago de su multa por inscripción tardía de la Parte D el último día del mes, le enviaremos un aviso donde se le informará que su multa está vencida. Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagarla para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene problemas para pagar dicha multa a tiempo, comuníquese con el Servicio al Cliente para ver si podemos dirigirlo a programas que le ayudarán con sus costos.

Sección 5.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

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

Sin embargo, en algunos casos, es posible que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía o que pueda dejar de pagarla, si adeuda una. Esto podría suceder si se vuelve elegible o si pierde la elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” durante el año:

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

Puede obtener más información sobre el programa de “Ayuda adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan

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

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

Infórmenos sobre estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, el empleador de su cónyuge, indemnización de los trabajadores o Medicaid)
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico
- Si ha sido admitido en un hogar de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si su parte responsable designada (como un cuidador) cambia
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** no está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en lo que tenga intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna parte de esta información cambia, infórmenos llamando al Servicio al Cliente.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare exige que recopilemos su información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios de nuestro plan. Esto se denomina la **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame al Servicio al Cliente. Es posible que deba dar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

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

- Si tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare en función de su edad, discapacidad o si tiene enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
    - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tenga más de 100 empleados.
    - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge todavía están trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tenga más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a que tiene ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

SECCIÓN 1 Contactos de Clever Care Fortune (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicio al Cliente)

Cómo comunicarse con el Servicio al Cliente de nuestro plan

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

Método	Servicio al Cliente: Información de contacto
LLAME	(833) 388-8168 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	(657) 276-4720
ESCRIBA A	Clever Care Health Plan 7711 Center Ave Suite 100 Huntington Beach, CA 92647
SITIO WEB	es.es.clevercarehealthplan.com

Cómo puede comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica

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

recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).*

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para la atención médica: Información de contacto
LLAME	(833) 388-8168 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	(657) 276-4715
ESCRIBA A	Clever Care Health Plan Grievance &Appeals 7711 Center Ave Suite 100 Huntington Beach, CA 92647
SITIO WEB	clevercarehealthplan.com/our-members

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
LLAME	(800) 926-3004 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	(858) 790-6060
ESCRIBA A	MedImpact Healthcare Systems PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108
SITIO WEB	medimpact.com

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

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

Método	Quejas sobre la atención médica: Información de contacto
LLAME	(833) 388-8168 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.

Método	Quejas sobre la atención médica: Información de contacto
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	(657) 276-4715
ESCRIBA A	Clever Care Health Plan Grievance & Appeals 7711 Center Ave Suite 100 Huntington Beach, CA 92647
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar una queja sobre Clever Care directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

Si ha recibido una factura o pagado servicios (como una factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago: Información de contacto
LLAME	(800) 926-3004 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.

Método	Solicitudes de pago: Información de contacto
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	(858) 790-6060
ESCRIBA A	MedImpact Healthcare Systems PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108
SITIO WEB	medimpact.com

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

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

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

Método	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.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare: Información de contacto
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de cuidados de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y sus opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • **Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare):** Proporciona información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. • **Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare):** Brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan una *estimación* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre nuestro plan: • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, su biblioteca o el centro para personas mayores local pueden ayudarlo a visitar este sitio web usando su computadora. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

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

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

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

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

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP Y OTROS RECURSOS:

- Visite *www.medicare.gov*
- Haga clic en "**Hablar con alguien**" en el medio de la página de inicio.
- Ahora tiene las siguientes opciones
  - Opción 1: Puede tener un **chat en vivo con un representante del 1-800-MEDICARE**
  - Opción 2: Puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en GO (ir). Esto lo llevará a una página con los números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	HICAP (SHIP de California)
LLAME	(800) 434-0222
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	California Department of Aging 1300 National Drive Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992

Método	HICAP (SHIP de California)
SITIO WEB	aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

Existe una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado.

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes Medicare les paga para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

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

Método	Livanta (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de California)
LLAME	(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	(855) 887-6668 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

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

Método	Seguro social: Información de contacto
LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. La atención telefónica está disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. La atención telefónica está disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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

Los programas que se ofrecen a través de Medi-Cal ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas. 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 Medi-Cal y sus programas, comuníquese con el Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) de California.

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

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

El sitio web Medicare.gov (https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas para ayudar, que se describen a continuación.

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

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

Si califica automáticamente para la “Ayuda adicional”, Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que presentar una solicitud. Si no califica automáticamente, es posible que puede obtener "Ayuda Adicional” para pagar sus gastos de medicamentos recetados. Para ver si califica para obtener "Ayuda Adicional," llame:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al

  1-877-486-2048, las 24 horas del día, los siete días de la semana;

- La oficina de Seguridad Social al (800) 772-1213 entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (aplicaciones); o
- Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes) (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

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

- Cuando recibamos la evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto la próxima vez que surta una receta en la farmacia. Si paga un exceso en su copago, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto excedido del pago o compensaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y está contabilizando su copago como una deuda suya, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si algún estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio al Cliente.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los EE. UU. ofrecen ayuda para pagar recetas, primas del plan de medicamentos y/u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o en cualquier otro programa que proporcione cobertura para medicamentos de la Parte D (que no sea "Ayuda adicional"), aún obtiene el 70 % de descuento en medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % de los costos de los medicamentos de marca durante el período sin cobertura. El descuento del 70 % y el 5 % pagados por el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

Aviso importante sobre el pago de la insulina: no pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, no importa en qué nivel de costo compartido se encuentre. Algunas insulinas selectas tendrán un copago de $0. Para averiguar qué fármacos son insulinas seleccionadas, revise la lista de fármacos más reciente que proporcionamos electrónicamente. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamarnos (los números de teléfono están impresos en el reverso de la portada de este cuadernillo).

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

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

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluido un comprobante de residencia en el estado y de estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción local del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050. Los usuarios de TTY pueden llamar al número de teléfono 711 para obtener ayuda.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria

La Junta de Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si recibe su plan de Medicare a través de la Junta de Jubilación Ferroviaria, es importante que les informe si se muda o cambia de dirección postal. Si

tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, comuníquese con la agencia.

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

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

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

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

CAPÍTULO 3:
Uso del plan para sus servicios médicos

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

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

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

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

- El término **"proveedores"** también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **"proveedores de la red"** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de su costo compartido como pago total. Hemos establecido acuerdos con estos proveedores para que brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted paga solamente su parte del costo de sus servicios.
- Los **"servicios cubiertos"** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, el equipo y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios de atención médica cubiertos se enumeran en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para que el plan cubra su atención médica

Como plan de salud de Medicare, debemos cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debemos seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

Nuestro plan generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando se den estas circunstancias:

- **Si la atención que recibe está incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro figura en el Capítulo 4 de este documento).
- **Si la atención que recibe se considera médicamente necesaria**. "Médicamente necesaria" significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- **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 un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe emitir una aprobación previa antes de que pueda utilizar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de cuidados de la salud en el hogar. Esto se denomina "derivación". Para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - No se requieren derivaciones de su PCP para atención de emergencia o servicios de urgencia. También existen otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención por parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Estas son tres excepciones:*
  - Si el plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y para ver qué significa que un servicio sea de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red; se debe obtener autorización previa del plan antes de buscar atención. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
  - Si el plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o inaccesible temporalmente. El costo compartido que usted paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que se encuentra fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

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

Sección 2.1 Debe elegir un médico de atención primaria para que brinde y supervise su atención médica

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

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

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

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

"Coordinar" sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo está evolucionando. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener una aprobación por escrito por adelantado de su PCP (por ejemplo, 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 elige a su PCP?

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

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

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

Cómo cambiar de PCP

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

Para cambiar de PCP, llame a Servicio al Cliente. Infórmenos si actualmente consulta algún 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 lo ayudará a asegurarse de que pueda continuar recibiendo la atención especializada y otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambie de PCP. También comprobarán que el PCP por el que desea cambiar al anterior esté aceptando nuevos pacientes.

Si desea elegir un nuevo PCP en el mismo Grupo Médico/IPA asignado, debemos recibir su solicitud, a más tardar, el último día del mes (p. ej., el 31 de marzo). El cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente (p. ej., el 1 de abril).

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

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

En cada posible situación, 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 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin una derivación de su PCP?

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

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los obtenga de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía siempre que los obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia. Estos son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser necesarios de forma inmediata y ser necesarios desde el punto de vista médico.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicio al Cliente antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a hacer los arreglos necesarios para recibir diálisis de mantenimiento mientras está fuera.)

Sección 2.3 Cómo 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. Existen muchos tipos de especialistas. Los siguientes son algunos ejemplos:

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

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

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

Para la atención de seguimiento después de la visita inicial al especialista o cualquier procedimiento especializado, su PCP o el especialista deberá obtener la aprobación previa de Clever Care (esto se denomina obtener “autorización previa”). La autorización previa es la

aprobación por adelantado para obtener servicios. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa se encuentran en el Cuadro de beneficios en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

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

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

Es posible que realicemos cambios en lo que se refiere a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos lo que de buena fe esté en nuestra mano para notificarle con al menos 30 días de anticipación si su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar uno nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo y trabajaremos con usted para asegurarnos de que eso sea así.
- 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. Se necesita autorización previa.
- Si descubre que su médico o especialista abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja de calidad de atención a la QIO, una queja de calidad de atención al plan, o ambas. 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. Además, los planes deben cubrir los servicios de diálisis para miembros con ESRD que han viajado fuera del área de servicio del plan y no pueden acceder a proveedores de ESRD contratados. Los servicios de ESRD deben recibirse en un centro de diálisis certificado por Medicare.

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

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una "emergencia médica" y qué debe hacer si experimenta una?

Una **"emergencia médica"** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (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 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. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.** Nosotros debemos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. El número de teléfono que figura en el reverso de la tarjeta de membresía del plan).

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra forma podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su condición se ha estabilizado y la emergencia médica ha terminado.

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. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento.

Si su atención de emergencia se la están proporcionando proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

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

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

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

- Si acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- –*O*– Si la atención adicional que recibe se considera un "servicio de urgencia" y usted sigue las reglas para obtener esta atención de urgencia (si desea obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

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

¿Qué son los "servicios de urgencia"?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia que requiere atención médica inmediata, pero que, dadas las circunstancias, obtener estos servicios de un proveedor de la red no resulta posible o no es razonable. El plan debe cubrir los servicios de urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son i) dolor de garganta intenso que se produce durante el fin de semana o ii) una exacerbación imprevista de una afección conocida cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

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

Cuando necesite atención de urgencia, comuníquese con su PCP o grupo médico primero. Si no hay ninguno disponible, puede llamar a nuestra línea de enfermería disponible las 24 horas al

1-800-396-1961 (TTY: 711) o a un proveedor de Teladoc al 1-800-TELADOC (835-2362). Encontrará una lista de centros de atención de urgencia en nuestro Directorio de proveedores en clevercarehealthplan.com/provider. Puede llamar a Servicio al Cliente al número que figura en la contraportada de este manual.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: atención definida como atención de urgencia, atención de emergencia y de posestabilización recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Este beneficio está limitado a $50,000 por año. Para obtener más información, consulte "Cobertura mundial de emergencia/urgencia" en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este manual o llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la contraportada de este manual.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web: es.es.clevercarehealthplan.com para recibir información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

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

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

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

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

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

Nuestro plan cubre todos los servicios médicamente necesarios según se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios fuera de la red que no fueron autorizados, usted será responsable de pagar el costo total de los servicios.

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

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

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 generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

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

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, solamente será responsable del costo compartido dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Cuando esté participando en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

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

Si bien usted no necesita obtener 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 que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio*.

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

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

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

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por 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 la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre cuánto costo compartido pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos: Digamos que se realiza una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte de los costos de esta prueba es de $20 en virtud de Original Medicare, pero la prueba sería de $10 en virtud de los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por la prueba y usted pagaría el copago de $20 requerido por Original Medicare. Luego, debe notificar a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentar documentación como una factura del proveedor al plan. A continuación, el plan le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto es de $10, el mismo monto que pagaría en virtud de los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe enviar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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

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

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica si visita el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Medicare and Clinical Research Studies" (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una "institución religiosa no médica para el cuidado de la salud"

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

Una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud es un centro que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar brindaremos cobertura para la atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud. Este beneficio se proporciona solamente para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención de la salud no médicos).

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

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

- La atención o el tratamiento médico "no exceptuado" es cualquier atención o tratamiento médico que es *voluntario* y *no requerido* por cualquier ley federal, estatal o local.

- El tratamiento médico "exceptuado" es la atención o el tratamiento médico que recibe que *no* es voluntario o *es requerido* conforme a las leyes federales, estatales o locales.

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

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

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

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

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

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarios del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de nuestro plan, usted no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan; incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en virtud de Original Medicare antes de unirse a nuestro plan, no adquirirá la propiedad, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Servicio al Cliente para obtener más información.

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

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

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. Tendrá que realizar 13 pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego unirse a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para ser propietario del artículo al volver a unirse a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, cubriremos lo siguiente:

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

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

¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede elegir permanecer en la misma compañía o ir a otra compañía. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

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

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

Este capítulo proporciona un Cuadro de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Clever Care Fortune. Más adelante en este capítulo, podrá encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites de ciertos servicios.

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

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

- Un **"copago"** es la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago al momento de recibir el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- El **"coseguro"** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca tiene que pagar deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

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

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite 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 gastos máximos de bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2023, este monto es de $1,000

Los montos que paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este monto máximo de gastos de bolsillo. Si alcanza el monto máximo de gastos de bolsillo de $1,000, no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturen el saldo"

Como miembro de nuestro plan, una protección importante para usted es que solamente tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales aparte, llamados "facturación de saldo". Esta protección se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, $15.00), usted paga solamente esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determina en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solamente en determinadas situaciones, como cuando obtiene una derivación o para emergencias o servicios que necesite urgentemente.)
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solamente en determinadas situaciones, como cuando obtiene una derivación, o para emergencias o servicios que necesite urgentemente.)
- Si cree que un proveedor le ha "facturado el saldo", llame al Servicio al Cliente.

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

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

El Cuadro de beneficios médicos en las páginas siguientes enumera los servicios que cubre nuestro plan y lo que paga de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos

recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solamente cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Usted recibirá su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención de emergencia o de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le hayan proporcionado una derivación. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Tenga un médico de atención primaria (primary care provider, PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe proporcionarle una aprobación por adelantado antes de que usted pueda consultar con otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina "derivación".
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *solamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada "autorización previa"). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en negrita en el Cuadro de beneficios médicos.
- También podemos cobrarle "tarifas administrativas" por las citas a las que no acuda o por no pagar el costo compartido requerido en el momento del servicio. Llame al Servicio al cliente si tiene preguntas sobre estas tarifas administrativas.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, paga *menos.* (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted de 2023.* Consúltelo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al

  1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la visita en la que recibe

el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.

- Si Medicare agrega cobertura para cualquier nuevo servicio durante 2023, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

Información importante sobre beneficios para personas inscritas con afecciones crónicas

- Si se le diagnostica alguna de las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.
  - Trastornos cardiovasculares
  - Insuficiencia cardiaca crónica
  - Demencia
  - Diabetes
  - Enfermedad hepática en etapa terminal
  - Enfermedad renal en etapa terminal
  - VIH/sida
  - Trastornos pulmonares crónicos
  - Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes
  - Trastornos neurológicos
  - Accidente cerebrovascular
  - Usted es elegible según los criterios clínicos de calificación de una afección crónica según lo determine y confirme su médico. En algunos casos, también, debe participar en uno de los programas y las actividades de gestión de casos con metas definidas y medidas de resultado.

- Consulte la fila “Beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos” en el Cuadro de beneficios médicos a continuación para obtener más detalles.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

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

Cuadro de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección única para personas en riesgo. El plan solamente cubre este examen si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una derivación de su médico, asistente médico, profesional de enfermería o especialista en enfermería clínica.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los beneficiarios de Medicare tienen cubiertas hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias: A efectos de este beneficio, se entiende por dolor lumbar crónico: • dolor de 12 semanas o más de duración; • dolor no específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • dolor que no está asociado con una cirugía; y • dolor que no está asociado con un embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o retrocede. Requisitos de los proveedores: 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: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un Estado, Territorio o Estado Libre Asociado (es	**Copago de $0** para servicios cubiertos por Medicare. **Se requiere autorización previa.**

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. • El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA o un NP/CNS exigido por nuestra normativa del Título 42 del CFR §§ 410.26 y 410.27.	

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Acupuntura complementaria (rutina) Servicios de acupuntura de rutina (no cubiertos por Medicare)	**Copago de $0** para visitas de rutina ilimitadas (no cubiertas por Medicare) hasta la cantidad máxima permitida de $2,500 por año **sin derivación ni autorización previa.** Una vez que el plan paga la asignación máxima de beneficios por las visitas, usted es responsable de los costos remanentes. Cualquier monto permitido restante vence el 31 de diciembre.
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre, de ala fija y de ala giratoria, hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención si se brindan a un miembro cuya afección médica es tan grave que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud o si están autorizados por el plan. • El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es apropiado si se documenta que la afección del miembro es tan grave que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. Se proporciona cobertura para los servicios de transporte de emergencia recibidos en todo el mundo. (“En todo el mundo” se refiere a la atención de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios).	**Dentro de la red:** **$150 de copago** por cada viaje en ambulancia terrestre cubierto por Medicare (de un trayecto). **Coseguro del 20 %** por cada viaje en ambulancia aérea cubierto por Medicare (de un trayecto). Hay un límite anual de $50,000 para la cobertura en todo el mundo. Copago de $0 por cada servicio de transporte de emergencia recibido fuera de los Estados Unidos. **El transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa**
Examen físico anual de rutina Nuestro plan incluye un examen físico de rutina que no está cubierto por Original Medicare. La cobertura para este beneficio no cubierto por Medicare es adicional a la visita de bienestar anual	**Dentro de la red:** **$0 de copago** para un examen físico de rutina, realizado en el consultorio de su PCP, cada año calendario.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
cubierta por Medicare y la visita preventiva de "Bienvenida a Medicare". Puede programar su examen físico anual de rutina una vez por año calendario. El examen físico anual de rutina es un examen físico exhaustivo que incluye una recopilación de antecedentes médicos y también puede incluir cualquiera de los siguientes: control de signos vitales, observación del aspecto general, examen de cabeza y cuello, examen de corazón y pulmones, examen abdominal, examen neurológico, un examen dermatológico y un examen de extremidades. El examen generalmente incluye que el médico sienta o escuche su cuerpo o toque partes del cuerpo. Los análisis de laboratorio preventivos, las pruebas de detección o las pruebas de diagnóstico que se realicen durante esta visita están sujetos a su cobertura de análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico. Consulte la sección "**Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios**" para más obtener información.	
Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera visita de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva de "Bienvenida a Medicare". Sin embargo, no es necesario que haya realizado una visita de "Bienvenida a Medicare" para que las visitas de bienestar anuales estén cubiertas después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	**Dentro de la red:** No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Medición de masa ósea Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de pérdida de masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, para detectar la pérdida ósea o para determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Examen de detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
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 derivación del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca comunes.	**Dentro de la red:** **$30 de copago** para cada visita cubierta por Medicare **Los servicios requieren autorización previa.**
Visita de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y brindarle	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares de terapia conductual intensiva.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
consejos para asegurarse de que está comiendo de manera saludable.	
Pruebas de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.
Examen 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 tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal, o si está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Cubrimos solamente la manipulación manual de la columna para corregir la subluxación	**Dentro de la red:** **Copago de $0** para cada servicio de quiropráctica cubierto por Medicare **Los servicios requieren autorización previa**
Examen de detección de cáncer colorrectal Para las personas mayores de 50 años, se cubre lo siguiente: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de como alternativa) cada 48 meses Uno de los siguientes cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta en heces (guaiac-based fecal occult blood test, gFOBT)	No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. **Los servicios requieren autorización previa.**

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Prueba inmunoquímica fecal (fecal immunochemical test, FIT) Prueba de detección colorrectal basada en ADN cada 3 años. Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección (o enema de bario como alternativa) cada 24 meses Para las personas que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia	
Beneficios relacionados con la COVID-19 Cuando se relacionen con el virus de la COVID-19, se cubrirán las pruebas o los tratamientos solicitados por un profesional autorizado. La exención de costo compartido se aplica a todos los miembros de Clever Care Health Plan Medicare Advantage. No se aplica el costo compartido del miembro para los siguientes servicios de la Parte C, cuando estén relacionados con las pruebas o los tratamientos de la COVID-19, excepto las pruebas no solicitadas por un médico con licencia: • Se aplica a visitas al consultorio del médico, atención de urgencia, sala de emergencias, unidad móvil. Incluye tratamiento de atención de emergencia en todo el mundo • Tratamiento/atención médica por la COVID en todas las ubicaciones de servicio, incluidas las admisiones como paciente hospitalizado y hospitalizaciones de observación. Incluye un centro de enfermería especializada y hospital para pacientes ambulatorios • Cobertura para visitas virtuales • Servicios necesarios por motivos médicos cuando el transporte en cualquier otro vehículo	**Copago de $0** cuando se le diagnostican problemas de salud relacionados con la COVID-19. Incluye el tratamiento para la atención de emergencia en todo el mundo. En caso de emergencia, la atención proporcionada por proveedores de la red y fuera de la red estará cubierta. **Los servicios requieren autorización previa.**

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
podría poner en peligro la salud del beneficiario	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente: Servicios cubiertos por Medicare Los servicios dentales preventivos incluyen los siguientes: • Limpiezas dentales, dos veces al año • Exámenes bucales, dos veces al año • Tratamiento con flúor, una vez al año • Radiografías, una vez al año Los servicios dentales integrales cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Limpieza dental profunda • Empastes y reparaciones • Tratamientos de conducto (endodoncia) **Servicios dentales (continuación)** • Coronas dentales (carillas) • Puentes • Dentaduras postizas • Extracciones y otros servicios	**$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare.** $0 de copago hasta el monto de la asignación para servicios dentales integrales y preventivos. Se excluye la colocación quirúrgica de implantes dentales. Después de los beneficios pagados por el plan para servicios dentales, usted es responsable de los costos remanentes. Usted puede ser responsable de la diferencia entre los montos permitidos y facturados si utiliza un proveedor fuera de la red. Este plan proporciona una **asignación de $375** cada trimestre (1 de enero, 1 de abril, 1 de julio y 1 de octubre). El beneficio máximo anual es de **$1,500.** Cualquier monto que no se haya utilizado antes del 31 de marzo, el 30 de junio o el 30 de septiembre se trasladará y vencerá el 31 de diciembre. **No hay ningún requisito para permanecer dentro de la red.** Sin embargo, los costos de bolsillo de los miembros pueden ser menores cuando utiliza proveedores dentro de la red. **Se requiere autorización previa al tratamiento** para las coronas de restauración y la prostodoncia fija.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Evaluación de detección de depresión Cubrimos una evaluación de detección de depresión por año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o derivaciones.	No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.
Examen de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, es posible que sea elegible para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
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: medidor de glucosa en sangre (glucómetro), tiras reactivas para medir la glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas con diabetes que padecen una enfermedad grave del pie diabético: un par de zapatos terapéuticos a medida (incluidos las plantillas proporcionadas con dicho calzado) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se proporcionan con dicho calzado) por año calendario. La cobertura incluye el ajuste.	**Dentro de la red:** **Copago de $0** por suministros para diabéticos **Copago de $0** para un medidor de glucosa en la sangre por año. **Coseguro del 20 %** por zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos cubiertos por Medicare. **Copago de $0** para la capacitación en el automanejo de la diabetes. **Los servicios requieren autorización previa**

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en ciertas condiciones.	
Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) y suministros relacionados (Para ver una definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12, así como el Capítulo 3, Sección 7 de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios que cubre Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntar si es posible hacer un pedido especial para usted.	**Dentro de la red:** **Coseguro del 0 %** para equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare con un monto permitido por Medicare de $500 o menos. **Coseguro del 20 %** del monto permitido por Medicare para equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare que superen los $500. Su costo compartido para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es un coseguro del 0 % al 20 % del coseguro dependiendo del costo del equipo. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en nuestro plan usted había realizado 36 meses de pago de alquiler para la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en nuestro plan es del 0 % al 20 % de coseguro, según el costo del equipo. **Los servicios requieren autorización previa.**
Servicios de bienestar oriental Nuestro plan incluye **visitas de terapia oriental** por año para cualquier servicio individual o una combinación de los siguientes servicios de un acupunturista contratado: • Cupping/Moxa, • Tui Na	**Dentro de la red:** **Copago de $0** por visita hasta el máximo de **18 visitas** por año permitidas.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Gua Sha • MedX • Reflexología	Todas las visitas remanentes al final del año calendario vencerán. Una vez que el plan paga la asignación máxima de beneficios por los servicios, usted es responsable de los costos remanentes.
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que cumplen con estas características: • son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y • son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si es una mujer embarazada, para salvar la vida al niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente. El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que el de los servicios prestados dentro de la red. Cobertura mundial.	**Copago de $90** por cada visita a la sala de emergencias Quedará eximido del copago si es admitido como paciente hospitalizado en el plazo de 72 horas por la misma afección. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que se estabilice su afección de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe estando cubierta o debe recibir autorización del plan para su atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Existe un límite combinado de cobertura anual del plan de $50,000 para servicios de emergencia y urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios. $0 de copago para cada visita fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Asignación flexible para la salud y el bienestar Este plan proporciona una tarjeta Flex Mastercard® y la cargará con una asignación de gastos para ayudarle a pagar las actividades elegibles de fitness relacionadas con la salud y el bienestar. La tarjeta se le enviará por correo poco después de la inscripción en nuestro plan. Antes de usar la tarjeta, deberá activarla llamando al **(833) 647-9633**. Al realizar una compra, **siempre** seleccione la opción "Crédito" y no "Débito". Si necesita ayuda, llame al Servicio de atención al cliente al (833) 388-8168 (TTY: 711). Para hacer un seguimiento de sus gastos de asignación y su saldo, visite **flexccmapd.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. Los centros basados en una membresía, como clubes de golf, clubes de campo o centros de masajes/spas no	**$0 de copago** hasta el monto de la asignación Después de los beneficios pagados por el plan, usted es responsable de los costos remanentes. Este plan proporciona una **asignación de $550** cada trimestre (1 de enero, 1 de abril, 1 de julio y 1 de octubre). El beneficio máximo anual es de **$2,200**. Cualquier monto que no se haya utilizado antes del final del trimestre (el 31 de marzo, 30 de junio o 30 de septiembre) no se trasladará y vence el 31 de diciembre. No puede cambiarse por efectivo. Usted elige cómo gastar la asignación. Puede utilizarse para actividades elegibles de fitness. Pague los servicios con su tarjeta de débito flexible.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
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 no se puede utilizar para comprar mercancías en un centro.	
Programas de educación para la salud y el bienestar	
Línea de enfermería disponible las 24 horas Puede comunicarse con un enfermero registrado por teléfono durante las 24 horas del día, los siete días de la semana para proporcionar consejos, responder preguntas, o abordar preguntas o inquietudes médicas. Llamar al 1-800-396-1961.	**Copago de $0** por cada llamada telefónica
Sistema de respuesta personal ante emergencias (PERS) El plan ofrece un sistema personal de respuesta ante emergencias a los miembros solicitantes que consideran que están en riesgo de caídas o emergencias en el hogar. Generalmente, estos son miembros que viven solos o tienen enfermedades crónicas que limitan sustancialmente la movilidad segura. Este dispositivo móvil y servicio de monitoreo lo conectan con un centro de respuesta durante las 24 horas con solo apretar un botón.	**$0 de copago** por un dispositivo.
Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y el equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como	**Dentro de la red:**

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
atención ambulatoria cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.	**$0 de copago** por examen de audición cubierto por Medicare
Servicios de audición adicionales no cubiertos por Original Medicare. • Beneficios de rutina ofrecidos, como exámenes auditivos de rutina: un examen por año	**$0 de copago** por examen de audición de rutina por año, realizado por un proveedor de la red.
Servicios de audición (continuación) • Audición, audífonos y evaluaciones: tres evaluaciones/adaptaciones de audífonos por año	**$0 de copago** para hasta (3) adaptaciones y evaluaciones de audífonos por año. **$0 de copago** para audífonos hasta el monto de la asignación.
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 por única vez para audífonos perdidos, robados o dañados • Primer juego de moldes para los oídos (cuando sea necesario)	Después de los beneficios pagados por el plan, usted es responsable de los costos remanentes El plan proporciona una **asignación para audífonos de $500** por oído, por año. Los audífonos de nivel básico pueden estar disponibles por el monto permitido o por menos de eso. Después de los beneficios pagados del plan para exámenes de audición de rutina o audífonos, usted es responsable por el costo remanente.
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.	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.
Detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de contraer una infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.
Atención de una agencia de cuidado de la salud en el hogar Antes de recibir servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y ordenará que sean proporcionados por una agencia de atención médica en el hogar. Debe estar confinado en casa, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo para usted. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de asistencia para la salud en el hogar y servicios de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de asistencia para la salud en el hogar y de enfermería especializada combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos	**Dentro de la red:** **$0 de copago** para cada servicio de salud en el hogar cubierto por Medicare **Los servicios requieren autorización previa.**

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Terapia de infusión domiciliaria La terapia de infusión domiciliaria implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en su hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión domiciliaria incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de asistencia para la salud en el hogar y servicios de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de asistencia para la salud en el hogar y de enfermería especializada combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos	**Dentro de la red:** **Coseguro del 20 %** para cada servicio cubierto por Medicare **Los servicios requieren autorización previa**

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención de hospicio Es elegible para el beneficio de cuidados paliativos (‘hospicio´) cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en los que tiene una participación financiera. 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 el control de los síntomas y el alivio del dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Cuidados en el hogar Cuando es admitido en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan. <u>Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y relacionados con su pronóstico terminal</u>: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios del centro de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que paga Original Medicare. Se le facturarán los costos compartidos de Original Medicare. <u>Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y no están relacionados con su pronóstico terminal</u>: Si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia que están cubiertos por	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por nuestro plan.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan (como si hubiera un requisito para obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener servicios, usted solamente paga el monto del costo compartido del plan por los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido de Medicare de pago por servicio (Original Medicare).	

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención de cuidados paliativos (continuación) Para los servicios que están cubiertos por nuestro plan pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Nuestro plan continuará pagando por los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga su parte del costo compartido del plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal que requiere cuidados paliativos, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal que requiere cuidados paliativos, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos tanto por el beneficio de cuidados paliativos como por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 *(¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?*). • **Nota:** Si necesita atención que no sea de cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	
Vacunas Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez por temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.	
Atención hospitalaria Incluye hospitalización de pacientes en estado agudo, rehabilitación hospitalaria, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria comienza el día en que es admitido formalmente en el hospital con una orden del médico. El día anterior al alta es su último día de su estancia como paciente hospitalizado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de artículos como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y la sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • En ciertas circunstancias, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para que su caso sea revisado	**Dentro de la red:** **Copago de $150** por día, para los días 1 a 5 **Copago de $0** por día para los días 6 a 90, por admisión Un período de beneficio comienza el día en el que es admitido como paciente hospitalizado y finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria durante 60 días continuos. Este plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización. **Los servicios requieren autorización previa.** Si obtiene atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su afección de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar ubicados fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede optar por ir a un centro local siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si nuestro plan brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en esta ubicación distante, haremos los arreglos o pagaremos los costos	
Atención hospitalaria (continuación)	
de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que necesite; usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o hacer que usted u otra persona donen la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios médicos	
Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe extender una orden para admitirlo formalmente en el hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe consultarle al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en la web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al	

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una estancia en el hospital. Nuestro plan cubre hasta 90 días en un centro psiquiátrico cubierto para pacientes hospitalizados. Existe un límite de 190 días de por vida para los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de por vida de 190 días para servicios de atención de salud mental hospitalaria no se aplica a los servicios de salud mental provistos en un hospital general.	**Dentro de la red:** **Copago de $175** por día para los días 1 a 7 **Copago de $0** para los días 8 a 90, por admisión. Un período de beneficio comienza el día en el que es admitido como paciente hospitalizado y finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria durante 60 días continuos. **Los servicios requieren autorización previa.**
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios de paciente hospitalizado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos dicha hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Terapia de rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios para técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones	**Dentro de la red:** Deberá pagar el costo total si permanece en un hospital o centro de enfermería especializada más tiempo del que cubre su plan. Pagará el costo compartido correspondiente por estos servicios como si se brindaran de forma ambulatoria. Consulte la sección de beneficios correspondiente en este cuadro.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean dentales) que reemplazan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o total o parcialmente la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o que funciona mal de forma permanente, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas/bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia el habla y terapia ocupacional	
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero que no estén recibiendo diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo derive su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individualizado durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la derivación de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su derivación anualmente si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa MDPP (Medicare Diabetes Prevention Program) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en virtud de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
práctica en cambios dietarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos, y mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que, por lo general, el paciente no se autoadministra y que se inyectan o proporcionan mediante infusión mientras recibe los servicios de un médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o un centro quirúrgico ambulatorio • Medicamentos que recibe mediante equipos médicos duraderos (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Factores de coagulación que se administran mediante inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y usted no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas Ciertos medicamentos para diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetina Alfa, Aranesp®o darbepoetina alfa)	**Dentro de la red:** **Coseguro del 20 %** del monto permitido por Medicare para medicamentos de quimioterapia **Coseguro del 20 %** del monto permitido por Medicare para otros medicamentos de la Parte B. Continúa haciendo pagos hasta que se alcanza el máximo de bolsillo. **Los servicios requieren autorización previa.**

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades por inmunodeficiencia primaria También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que los medicamentos recetados estén cubiertos. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
Examen de detección de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria donde se pueda coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o su médico para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para la detección y la terapia preventiva de la obesidad.
Servicios del programa de tratamiento con opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (opioid treatment program, OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos. • Dispensación y administración de medicamentos del MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología	**Dentro de la red:** **Coseguro del 20 %** por servicio, incluidas las sesiones de terapia grupales o individuales. **Los servicios requieren autorización previa.**

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Actividades de admisión **Evaluaciones periódicas**	
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros para técnicos • Radiología de diagnóstico avanzada (resonancia magnética [magnetic resonance imaging, MRI], angiografía por resonancia magnética [magnetic resonance angiography, MRA], tomografía computada por emisión de fotón único [single-photon emission computed tomography, SPECT], tomografía computarizada [computarized tomography, CT], tomografía por emisión de positrones [positron emission tomography, PET]) • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o hacer que usted u otra persona donen la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias	**Dentro de la red:** **Copago de $0** para servicios básicos de radiografías, radiología, análisis de laboratorio, sangre y otros servicios de diagnóstico para pacientes ambulatorios. **Copago de $175** por servicios radiológicos de diagnóstico avanzado. Si visita a un proveedor fuera de la red, usted paga el costo completo. Si se reciben varios servicios el mismo día y en el mismo lugar, se aplica el monto máximo de copago. **Los servicios requieren autorización previa.**
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se	**Dentro de la red:**

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si pueden ser dados de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solamente cuando se brindan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya extendido una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente **Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios (continuación)** ambulatorio, debe consultarle al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en la web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	**Copago de $100** por estancia para servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios. **Los servicios requieren autorización previa.**
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.	**Dentro de la red:** **Copago de $100**, por estancia, para servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • 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 se requeriría tratamiento hospitalario sin él • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo **Nota:** A menos que el proveedor haya extendido una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe consultarle al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en la web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	**20% coinsurance**, por estancia, para servicios de salud mental para pacientes ambulatorios. **Los servicios requieren autorización previa.**
Atención de salud mental ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	**Dentro de la red:**

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
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.	**Coseguro del 20 %** por sesión de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. **Los servicios requieren autorización previa**
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF).	**Dentro de la red:** **Copago de $15** para cada servicio de terapia cubierto por Medicare. **Los servicios requieren autorización previa.**
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen tratamiento ambulatorio y asesoramiento para servicios por abuso de sustancias.	**Dentro de la red:** **Coseguro del 20 %** para cada sesión de asesoramiento cubierta por Medicare. **Los servicios requieren autorización previa**
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios. **Nota:** Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor extienda una orden para admitirlo en un hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por la cirugía	**Dentro de la red:** **Copago de $100**, por estancia, para servicios hospitalarios cubiertos por Medicare para pacientes ambulatorios. **Copago de $75**, por estancia, para servicios cubiertos por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC).

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se lo considere un "paciente ambulatorio".	**Los servicios requieren autorización previa.**
Servicios de hospitalización parcial La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro comunitario de salud mental que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. **Nota:** Debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solamente como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.	**Dentro de la red:** **$55 de copago** por día. **Los servicios requieren autorización previa.**

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios

Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:
• Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otro lugar
• Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista
• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico
• Ciertos servicios de telesalud, incluidos los servicios del PCP y de especialistas
  o Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una visita en persona o mediante una visita de telesalud. Si opta por obtener uno de estos servicios mediante visitas de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca esta opción.
• Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros que reciben diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico hospitalario, un centro de diálisis renales o en el hogar del miembro
• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular
• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación
• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si:
  o Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses previos a su primera visita de telesalud.
	Dentro de la red:
	
	$0 de copago por los servicios prestados por un PCP o un especialista para los beneficios cubiertos por Medicare.
	
	$0 de copago por visitas virtuales de telesalud realizadas por su PCP o especialista.
	
	Es posible que los servicios requieran autorización previa.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
o Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. o Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud federalmente calificados • Los chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 a 10 minutos **si**: o No es un paciente nuevo **y** o El chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días o El chequeo no conduce a una visita al consultorio en el plazo de las 24 horas o la cita más cercana disponible • Evaluación de videos o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas **si**: o No es un paciente nuevo **y** o La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días o La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más cercana disponible • Consulta que su médico tenga con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía • Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes destinada a preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos cuando son proporcionados por un médico)	

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	**Dentro de la red:** **$0 de copago** por visita para servicios de podriatría cubiertos por Medicare. **Es posible que los servicios requieran autorización previa.**
Servicios de podiatría (rutina)	No tiene cobertura
Beneficio de comida posterior al alta hospitalaria Inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada, este plan proporciona asistencia con la comida durante 28 días con un máximo de 84 comidas por año para ayudar en su recuperación. • La cirugía ambulatoria no califica para este beneficio.	**Copago de $0** hasta la cantidad máxima de comidas permitida por año **Es posible que los servicios requieran autorización previa.**
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (prostate specific antigen, PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de PSA anual.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (que no sean dentales) para reemplazar total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y reparación o	**Dentro de la red:** **Coseguro del 20 %** para dispositivos protésicos y suministros médicos cubiertos por Medicare. **Los servicios requieren autorización previa.**

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
reemplazo de dispositivos protésicos. También incluye cierta cobertura después de la extracción o la cirugía de cataratas; consulte "Atención de la vista" más adelante en esta sección para obtener más detalles.	
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:** **Copago de $20** para cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta. **Los servicios requieren autorización previa.**
Detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que consumen alcohol en exceso pero no son dependientes de él. Si obtiene un resultado positivo para la prueba de abuso de alcohol, puede recibir hasta 4 breves sesiones de asesoramiento individualizado por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria calificado o un practicante en un entorno de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento cubiertos por Medicare para reducir el abuso de alcohol.
Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (low dose computed tomography, LDCT) Para las personas calificadas, se cubre LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos**: tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 cajetillas/año y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT:* el miembro debe recibir una orden por escrito **Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (low dose computed tomography, LDCT) (continuación)** 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.	
Detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (sexually transmitted infections, STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una STI cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. 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. Solamente cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las proporciona un proveedor de atención primaria y	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección de STI y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre la atención del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son derivados por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida.Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis **Servicios para tratar enfermedades renales (continuación)** • cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, • como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o inaccesible temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es admitido en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipo y suministros de diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura	**Dentro de la red:** **$0 de copago** para servicios de educación sobre enfermedades renales **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 hospitalizado estará cubierta por su beneficio de internación en el hospital **Los servicios requieren autorización previa.**

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare".	
Atención en centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de "atención en un centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan "SNF" [skilled nursing facilities]). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de **Atención en centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)** glóbulos rojos comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o hacer que usted u otra persona donen la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los SNF • Pruebas de laboratorio que normalmente realizan los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente brindan los SNF	**Dentro de la red:** Por cada estancia en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare, usted paga lo siguiente: **Copago de $0** por día para los días 1 a 20, por período de beneficio. **Copago de $180** por día para los días 21 a 100, por período de beneficio. No es obligatorio contar con una hospitalización previa. **Los servicios requieren autorización previa.**

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Uso de aparatos como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los SNF • Servicios de médicos/profesionales Por lo general, recibirá la atención de un SNF en los centros de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago del plan. • Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro de atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde atención en un centro de enfermería especializada) • 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) Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco: Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona. Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco: Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos Los afiliados con afecciones crónicas que cumplan con ciertos criterios pueden ser elegibles para recibir beneficios complementarios para personas con	**Dentro de la red:** Debe utilizar los proveedores contratados del plan.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
enfermedades crónicas. No todos los miembros calificarán para estos beneficios complementarios especiales. Las afecciones incluyen las siguientes: • Trastornos cardiovasculares • Insuficiencia cardiaca crónica • Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática en etapa terminal • Enfermedad renal en etapa terminal • VIH/sida • Trastornos pulmonares crónicos • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Trastornos neurológicos • Accidente cerebrovascular Para ser elegibles, los miembros con enfermedades crónicas deben participar en programas de administración de casos y actividades con objetivos y medidas de resultados definidos. Las evaluaciones de seguridad en el hogar se limitan a aquellas que cumplan con los criterios de riesgo de caídas, marcha, equilibrio o desafíos de agilidad.	<u>Comidas para afecciones crónicas</u> **$0 de copago** por hasta 42 comidas (3 comidas por día durante 14 días) para los miembros que califican. <u>Comestibles</u> **$0 de copago** para artículos comestibles elegibles con un límite de 25 por mes que no se transfiere al mes siguiente. <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** por el uso de dispositivos de monitoreo remoto. <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. <u>Asistencia para los cuidadores</u> **$0 de copago** por cuidado de relevo, limitado a 40 horas de cuidado por año. **Los servicios requieren autorización previa**

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Terapia de ejercicio supervisada (SET) La SET (supervised excercise therapy) está cubierta para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y una derivación por la PAD del médico responsable del tratamiento para la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de cinesiterapia para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en cinesiterapia para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, profesional/especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. La SET puede cubrirse más allá de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	**Dentro de la red:** **Copago de $30** por cada sesión. **Los servicios requieren autorización previa.**
Servicios de telesalud • Visita por video que se ofrece mediante el consultorio de su médico • Visita en Teladoc® 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	**Dentro de la red:** **$0 de copago** por visita

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
1-800-TELADOC (835-2362) o visite su sitio web Teladoc.com para programar una cita. Los médicos de Teladoc pueden diagnosticar y tratar afecciones médicas básicas, y recetar medicamentos cuando sea médicamente necesario. Puede completar las visitas con un teléfono, una tableta o una computadora.	

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Transporte (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 25 millas, de un trayecto, dentro del área de servicio del plan para obtener atención y servicios relacionados con la salud según los beneficios del plan. Cada 25 millas se descontará un viaje. Para programar un traslado, llame al 1-844-743-4344 o visite www.getcarecar.com. Llame al menos con 36 horas de anticipación para programar viajes de rutina. Los viajes programados en menos de 24 horas se brindan en la medida de lo posible y no están garantizados. Recibirá una llamada de 10 a 15 minutos antes de que lo recoja el conductor o un representante de CareCar para proporcionarle un horario estimado de llegada. Las cancelaciones requieren un aviso de 24 horas; de lo contrario, se deducirá de su cuenta un viaje de un trayecto. **Para obtener más información sobre ubicaciones aprobadas por el plan, llame a Servicio al Cliente al número impreso en la contraportada de este manual).**	**$0 de copago** para 28 viajes de ida por año.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios necesitados urgentemente Los servicios necesitados urgentemente se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero dadas sus circunstancias, no es posible, o es irrazonable, obtener servicios de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son: i) si usted necesita atención inmediata durante el fin de semana, o ii) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben necesitarse de inmediato y ser médicamente necesarios. Si no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener de inmediato la atención médica de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Cobertura mundial.	**Dentro de la red:** **Copago de $20** para cada servicio que se necesite con urgencia El copago se exime si es admitido como paciente hospitalizado en el plazo de 72 horas por la misma afección. Existe un límite combinado de cobertura anual del plan de $50,000 para servicios de emergencia y urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios. $0 de copago para cada servicio que se necesite con urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
Atención de la visión Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, las pruebas de detección de retinopatía diabética están cubiertas una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el	**Dentro de la red:** **$20 de copago** por cada examen de la vista cubierto por Medicare para tratar una afección ocular. **$0 de copago** para exámenes de detección de glaucoma cubiertos por Medicare **$0 de copago** para la 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. **Los servicios requieren autorización previa.**

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía).	

Atención de la visión (continuación)
 	
Además de los servicios de la vista médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare, nuestro plan ofrece los siguientes servicios de atención de la vista de rutina a través de la red EyeMed:
 	
• Examen de la vista de rutina, incluida la refracción, limitado a uno por año.
• Anteojos:
  o anteojos (marcos y lentes), o
  o lentes de contacto, o
  o lentes para anteojos, o
  o marcos para anteojos.
	$0 de copago para un examen de la vista de rutina
	
	$0 de copago para anteojos hasta el monto de la asignación.
	
	Una vez que el plan paga la asignación máxima de beneficios por los servicios de la vista, usted es responsable de los costos remanentes.
	
	El plan proporciona una **asignación de $240** cada año para ayudar a pagar anteojos y lentes de contacto.
	
	Para los servicios de atención de la vista de rutina, debe acudir a un proveedor participante de **EyeMed**.

Visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" El plan cubre la visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" por única vez. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y derivaciones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" solamente en el plazo de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva de "Bienvenida a Medicare".	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de "Bienvenida a Medicare".

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

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

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

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo excepto en las condiciones específicas que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos no estarán cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si usted apela para que se cubra el servicio es apelado y recibe una decisión a tal efecto: tras una apelación, si se determina que un servicio del cuadro siguiente es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este manual).

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No cubierto en ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
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.

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No cubierto en ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
Atención de custodia La atención de custodia es la atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	✓	
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Original Medicare determine que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		Puede estar cubierto por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Las tarifas cobradas por el cuidado de sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.	✓	
Comidas a domicilio		Esto está cubierto en virtud de nuestros beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos. No todos los miembros calificarán para estos beneficios suplementarios especiales. Consulte el cuadro de beneficios médicos anterior para obtener más detalles.

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No cubierto en ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
Los servicios de tareas domésticas incluyen asistencia básica en el hogar, como tareas domésticas o preparación de comidas ligeras.		Esto está cubierto en virtud de nuestros beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos. No todos los miembros calificarán para estos beneficios suplementarios especiales. Consulte el cuadro de beneficios médicos anterior para obtener más detalles.
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos).		Esto está cubierto por nuestro beneficio flexible de salud y bienestar. Los productos y servicios están disponibles hasta el monto máximo anual permitido.
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. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Habitación privada en un hospital.		Cubierto solo cuando sea médicamente necesario.
Procedimientos de reversión de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta.	✓	
Atención quiropráctica de rutina		Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir la subluxación.
Exámenes oculares de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.		El examen ocular de rutina y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para las personas después de una cirugía de cataratas.
Atención de rutina de los pies		Alguna cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No cubierto en ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios de acuerdo con los estándares de Original Medicare	✓	

CAPÍTULO 5:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las normas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para enfermos terminales.

Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

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

- Debe hacer que un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que le recete) le extienda una receta que debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- El médico que extiende la receta no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir sus medicamentos recetados. (Consulte la Sección 2, *Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedidos por correo del plan*).
- Su medicamento debe formar parte de la *Lista de medicamentos cubiertos (vademécum, o "formulary" en inglés)* del plan (la llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben encontrarse en la "Lista de medicamentos*").
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas).

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

Sección 2.1 Usar una farmacia de la red

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

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

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

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

Puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo sus costos de bolsillo podrían variar para diferentes medicamentos.

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

Si la farmacia que ha estado usando abandona la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicio al Cliente o puede usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en es.clevercarehealthplan.com/pharmacy.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

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

Para localizar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de farmacias* o llame al Servicio al Cliente.

Sección 2.3 Cómo usar el servicio de pedido por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través de pedidos por correo son

medicamentos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada. Estos medicamentos están marcados como "**medicamentos de pedido por correo"** en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están marcados con un asterisco en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de 30 días del medicamento ***como mínimo*** **y un suministro de 100 días** ***como máximo***.

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

Por lo general, recibirá un pedido de una farmacia de pedido por correo en no más de 10 días. Si su pedido se retrasa, llame al Servicio al Cliente.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- O bien, se inscribe para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento llamando a MedImpact Direct al (855) 873-8739 o visitando su sitio web en medimpactdirect.com

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

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando al Servicio al Cliente al número que aparece en el reverso de este manual.

Si nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o decide detener el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que un proveedor de atención médica le extienda una nueva receta para ver si usted desea que se le surta y envíe el medicamento de inmediato. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para que pueda informarle si debe enviar, demorar o cancelar la nueva receta.

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

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

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

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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") de medicamentos de "mantenimiento" en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas en nuestra red le permiten obtener un suministro de mantenimiento a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En su *Directorio de farmacias,* encontrará información sobre qué farmacias dentro de la red pueden proporcionarle un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio al Cliente 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 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?

Sus medicamentos recetados pueden estar cubiertos en determinadas situaciones.

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solamente* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicio al Cliente** para ver si hay una farmacia de la red cercana. Probablemente deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

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

¿Cómo puede solicitar un reembolso del plan?

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

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben encontrarse en la "Lista de medicamentos" del plan

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

El plan tiene un "*Lista de medicamentos cubiertos (vademécum, o "formulary" en inglés)".* En esta *Evidencia de Cobertura*, **lo llamamos la "Lista de medicamentos" para abreviar.**

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son solamente aquellos cubiertos por la Parte D de Medicare.

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

- Ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la que se receta.
- *O bien*, está respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de información DRUGDEX.

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

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre de marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. 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 recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, funciona igual de bien que el medicamento de marca y, por lo general, cuesta menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre (over the counter, OTC). Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame al Servicio al Cliente al número que aparece en la contraportada de este folleto.

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

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

Sección 3.2 Hay seis "niveles de costo compartido" para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

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

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

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

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

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

Tienes dos formas de averiguarlo:

1. Visite el sitio web del plan (es.clevercarehealthplan.com/pharmacy). La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.
2. Llame a Servicio al Cliente para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para animarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de las maneras más eficaces. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo funcione igual de bien desde el punto de vista médico que un medicamento de mayor costo, las normas del plan están diseñadas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que en algunas ocasiones un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones existen?

Las secciones a continuación le brindan más información sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con el Servicio al Cliente para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que no le apliquemos la restricción, deberá utilizar el proceso de toma de decisiones de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar cancelar la restricción para usted o no. (Consulte el Capítulo 9)

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Generalmente, un medicamento "genérico" funciona de la misma forma que un medicamento de marca y suele costar menos. **Cuando una versión genérica de un medicamento de marca está disponible, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor ha escrito "Sin sustituciones" en su receta de un medicamento de marca *O BIEN* nos ha informado el motivo médico por el que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrirlo. Esto se denomina "**autorización previa**". Esta práctica tiene por objeto garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, es posible que el plan requiera que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina "**terapia escalonada**".

Límites de cantidad

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

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

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma que le gustaría

Existen situaciones en las que hay un medicamento recetado que esté tomando, o uno que usted y su proveedor consideren que debería tomar, y que no se encuentre en nuestro formulario o que se encuentre en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O tal vez se cubra una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que desea tomar no lo esté.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales sobre la cobertura de ese medicamento, conforme se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que cree que debería ser.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría. Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más alto de lo que cree que debería ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, aquí hay opciones:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

A fin de ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan** O **ahora está restringido de alguna manera**.

- **Si usted es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan**.**
- **Si usted estuvo inscrito en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta fue extendida por menos días, le permitiremos múltiples reposiciones para proporcionar como máximo un suministro de medicamento para 30 días. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de un centro de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el desperdicio).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días, residen en un centro de atención a largo plazo 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 se suma al suministro temporal anterior.
- **Para los miembros actuales del plan que se están trasladando de un centro de atención de largo plazo (long-term care, LTC) o de una estancia en el hospital a casa y necesitan un suministro de transición de inmediato:**

  cubriremos un suministro para 30 días, o menos si su receta está redactada para menos días (en cuyo caso le permitimos múltiples surtidos para brindar un suministro total de hasta 30 días del medicamento).
- **Para los miembros actuales del plan que se están trasladando de la casa o una estancia en el hospital a un centro de atención de largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de transición de inmediato:**

  cubriremos un suministro para 31 días, o menos si su receta está redactada para menos días (en cuyo caso le permitimos múltiples surtidos para brindar un suministro total de hasta 31 días del medicamento).

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Servicio al Cliente.

Durante el tiempo en que utiliza un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

2) Puede pedir una excepción

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

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

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

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

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto, hable con su proveedor. Quizás exista un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Llame al Servicio de atención al cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

Puede pedir una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 encontrará información sobre qué hacer. Allí se explican los procedimientos y las fechas límite

que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje con prontitud y de manera justa.

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

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos**.
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo**.
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento**.
- **Reemplazar un medicamento de marca con un medicamento genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

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 de forma regular. A continuación, indicamos las veces que recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

Aviso general anticipado de que el patrocinador del plan puede sustituir de inmediato los medicamentos genéricos nuevos: Para reemplazar de inmediato los medicamentos de marca con medicamentos genéricos nuevos terapéuticamente equivalentes (o cambiar el nivel o las restricciones, o ambos, aplicados a un medicamento de marca después de agregar un nuevo medicamento genérico), los patrocinadores del plan que de otro modo cumplan con los requisitos deben proporcionar el siguiente aviso general de cambios con anticipación:

- **Si un nuevo medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambos)**
    - Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca incluido en nuestra lista de medicamentos si lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico recientemente aprobado del mismo tipo. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero pasarlo inmediatamente a un nivel de costos compartidos más alto, o agregar nuevas restricciones, o ambos, cuando se agrega el nuevo medicamento genérico.
    - Es posible que no le avisemos con anticipación antes de realizar ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre el/los cambio(s) específico(s). Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para que pueda solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
    - Usted o la persona que extiende la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado

- A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, es posible que eliminemos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
- Su médico también conocerá este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos**
    - Es posible que hagamos otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de medicamentos, o cambiarlo a otro nivel de costos compartidos, o agregar nuestras restricciones al medicamento de marca o ambos. También podríamos hacer cambios en función de las advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
    - Para estos cambios, debemos enviarle un aviso del cambio con al menos 30 días de anticipación o proporcionarle un aviso del cambio y un resurtido de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.

- Después de recibir la notificación del cambio, debe trabajar con su médico para cambiar a un medicamento diferente que cubrimos o para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando.
- Usted o la persona encargada de extender la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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.° de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

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

Si alguno de estos cambios ocurre para un medicamento que está tomando (excepto por un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo hasta el 1.° de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional al uso del medicamento.

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 está tomando que lo afecte durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo (excepto ciertos medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cobertura de medicamentos mejorada). Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en virtud de la Parte D, lo

pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

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

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

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare (nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se enumeran a continuación a través de nuestra cobertura de medicamentos mejorada, por la cual es posible que se le cobre una prima adicional.) A continuación se proporciona más información:

- Medicamentos de venta sin receta (también llamados 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 usados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante busca exigir que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se compren exclusivamente a través del fabricante como condición de venta

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados complementarios (cobertura de medicamentos mejorada) que no están normalmente cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. 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. (La Etapa de cobertura catastrófica se describe en la Sección 7 del Capítulo 6 de este documento).

Además, si usted **recibe "Ayuda adicional"** para pagar sus medicamentos recetados, el programa de "Ayuda adicional" no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

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

Sección 8.2 ¿Qué pasa si no lleva su información de membresía con usted?

Si no lleva su información de membresía del plan con usted cuando surte su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

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

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

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

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus

medicamentos recetados siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura descritas en este Capítulo.

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (long-term facility, LTC) (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.

Revise su *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su LTC o el que utiliza es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con el Servicio al Cliente. Si se encuentra en LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D de forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si usted es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera?

Consulte la Sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia.

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

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

En general, si tiene una cobertura de empleador o de un plan grupal de jubilados, la cobertura de medicamentos recetados que obtenga de nosotros será *secundaria* con respecto a su cobertura grupal. Eso significa que su cobertura grupal pagará primero.

Nota especial sobre la "cobertura acreditable":

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le informe si su cobertura de medicamentos recetados para el próximo año calendario es "acreditable".

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

Conserve este aviso sobre la cobertura acreditable porque es posible que lo necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la

Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió el aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia del administrador de beneficios de su empleador o del plan de jubilados o del empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué pasa si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

El centro de cuidados paliativos ('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 demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de cuidados paliativos o al profesional que emite recetas que le proporcione una notificación antes de surtir su receta.

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 retrasos en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, traiga documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

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

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

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

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían dañarlo si se toman al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que es alérgico

- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades peligrosas de analgésicos opioides

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

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

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar con sus médicos, decidimos que el uso de opioides o benzodiazepinas con receta no es seguro, podemos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir 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 médico determinado
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted

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

No será colocado en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como un dolor activo por cáncer o enfermedad de células falciformes, está recibiendo cuidados paliativos ('hospicio') o atención al final de la vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Administración de tratamientos con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede 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 y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para que podamos asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos de medicamentos, o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le brindará una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados 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, cuántos toma, y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a la visita o cuando hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica de su equipo de atención. Además, lleve consigo su lista de medicamentos hasta la fecha (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con el Servicio al Cliente.

CAPÍTULO 6:

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

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con los demás materiales que explican su cobertura de medicamentos.

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

Para comprender la información de pago, debe conocer qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué normas debe seguir cuando obtenga sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5, Secciones 1 a 4, se explican estas reglas.

Sección 1.2 Tipos de costos de bolsillo que podría pagar por los medicamentos cubiertos

Existen diferentes tipos de costos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que paga por un medicamento se denomina "costo compartido" y es posible que se le solicite que pague de tres maneras.

- **"Copago"** es una cantidad fija que paga cada vez que surte una receta.
- **"Coseguro"** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo

Medicare tiene normas sobre qué cuenta y qué *no* para sus gastos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de sus costos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo

Sus costos de bolsillo incluyen los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y usted haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de cobertura inicial
  - La Etapa de período sin cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si realiza estos pagos **usted mismo**, están incluidos en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también están incluidos* si son hechos en su nombre por **ciertos individuos u organizaciones.** Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por Programas de Asistencia para medicamentos contra el sida, por un Programa estatal de asistencia farmacéutica calificado por Medicare, o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos realizados por el programa de "Ayuda adicional" de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos durante el período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca. Sin embargo, el monto que paga el plan por sus medicamentos genéricos no está incluido.

Paso a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes paguen en su nombre) hayan gastado un total de $7,400 en costos de bolsillo durante el año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo.

Sus costos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red y que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B.

- Pagos que realiza por medicamentos cubiertos en virtud de nuestra cobertura adicional, pero que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos que realiza por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Pagos que realiza el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en el Período sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos que realizan ciertos planes de seguro y programas médicos financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos que realiza un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, Indemnización de los trabajadores [Workers' Compensation]).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus costos de bolsillo por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando al Servicio al cliente.

¿Cómo puede realizar un seguimiento del total de sus gastos de bolsillo?

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe de EOB de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus costos de bolsillo. Cuando este monto alcance los $7,400, este informe le informará que ha abandonado la Etapa de cobertura inicial O Etapa del período sin cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le indica lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de sus gastos estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago del medicamento" en la que se encuentre cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Clever Care Fortune?

Existen cuatro "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura de medicamentos recetados en virtud de nuestro plan. La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre al momento de surtir o resurtir una receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa de deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa del período sin cobertura

Etapa 4: Etapa de cobertura catastrófica

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre. Algunas insulinas seleccionadas tendrán un copago de $0. Para obtener más información, llame a Servicio al cliente.

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

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (la "EOB de la Parte D")

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que ha realizado al recibir sus medicamentos recetados o resurtirlos en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se llama su costo "**de bolsillo**".
- Realizamos un seguimiento de sus "**costos totales de medicamentos**". Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Si ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D"). La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes**. Este informe brinda los detalles de pago de las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Costos totales del año desde el 1.° de enero.** A esto se le llama información "del año en curso". Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento, e información sobre los aumentos de precios desde el primer surtido para cada declaración de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada declaración de receta.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre los pagos de sus medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza por ellos, utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que conocemos las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo, puede proporcionarnos copias de sus recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe entregarnos copias de sus recibos de medicamentos:
    - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando realizó un copago por medicamentos que se proporcionan en el marco de un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
    - En cualquier momento en que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras ocasiones en las que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado por usted.** Los pagos realizados por determinadas personas y organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia con medicamentos para el sida (AIDS drug assistance program, ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus costos de bolsillo. Mantenga un registro de estos pagos y enviárnoslos para que podamos rastrear sus costos.
- **Consulte el informe escrito que le enviamos.** 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 alguna pregunta, llámenos al Servicio al Cliente. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Clever Care Fortune Medicare Advantage (HMO).

No hay deducible para Clever Care Fortune Medicare Advantage (HMO). 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 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga la suya

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte su receta

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga la suya (el monto de su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde surta su receta.

El plan tiene seis niveles de costos compartidos

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

- El nivel 1 incluye medicamentos genéricos preferidos. *(Este es el nivel más bajo).*
- El nivel 2 incluye medicamentos genéricos.
- El nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos.
- El nivel 4 incluye medicamentos de marca no preferidos. También puede incluir algunos medicamentos genéricos no preferidos que tienen un precio similar al del medicamento de marca original.
- El nivel 5 incluye medicamentos del nivel de especialidad. *(Este es el nivel más alto).*
- El Nivel 6 incluye medicamentos excluidos por Medicare, entre ellos medicamentos recetados para la tos, vitaminas y medicamentos para tratar la disfunción eréctil.

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

Sus opciones de farmacia

La cantidad que paga por un medicamento depende de la forma que lo obtiene:

- De una farmacia minorista de la red.

- De una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para averiguar cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- De la farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias.*

Sección 5.2 Un cuadro que muestra los costos de un suministro de *un mes* de un medicamento

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

Tal como se muestra en el cuadro a continuación, 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, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para *un mes* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido de pedidos por correo** (suministro de hasta 30 días)	**Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC)** (suministro de hasta 31 días)	**Costo compartido minorista fuera de la red** (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles) (suministro de hasta 30 días)
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	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido de pedidos por correo** (suministro de hasta 30 días)	**Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC)** (suministro de hasta 31 días)	**Costo compartido minorista fuera de la red** (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles) (suministro de hasta 30 días)
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	$35 de copago	$35 de copago	$35 de copago	$35 de copago
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	$99 de copago	$99 de copago	$99 de copago	$99 de copago
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos del nivel de especialidad)	Coseguro del 33 %	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33 %
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos complementario)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago

Important Message About What You Pay for Insulin – You won't pay more than $35 for a one-month supply of each insulin product covered by our plan, no matter what cost-sharing tier it's on. Some Select Insulins will be a $0 copay.

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

Por lo general, la cantidad que paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un mes completo. Es posible que en ocasiones usted o su médico deseen que tenga un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por

primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le dispense un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes recetas.

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

- Si es responsable del 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 es responsable de un copago por el medicamento, solamente pagará la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar del mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (la "tasa de costo compartido diario") y la multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

Sección 5.4 Un cuadro que muestra los costos de un suministro *a largo plazo* (de 100 días) de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido"). Un suministro a largo plazo es un suministro de 100 días.

El siguiente cuadro muestra lo que paga cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro *a largo plazo* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro de hasta 100 días)	**Costo compartido de pedidos por correo** (suministro de 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 preferidos)	Copago de $105	Copago de $70
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de $297	Copago de $198

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 100 días)	Costo compartido de pedidos por correo (suministro de hasta 100 días)
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos del nivel de especialidad)	Coseguro del 33 %	Coseguro del 33 %
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos de atención exclusiva)	$0 de copago	$0 de copago

Important Message About What You Pay for Insulin – You won't pay more than $105 for a 100-day supply of each insulin product covered by our plan, no matter what cost-sharing tier it's on. Some Select Insulins will be a $0 copay.

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que alcanza el costo total de sus medicamentos para el año de $4,660

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que haya surtido alcance el **límite de $4,660 para la Etapa de cobertura inicial**.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que no están normalmente cubiertos en un Plan de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para su límite de cobertura inicial ni para los costos totales de bolsillo.

La EOB de la Parte D que reciba lo ayudará a realizar un seguimiento de cuánto usted y el plan, así como cualquier tercero, han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de $4,600 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. Si alcanza este monto, dejará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del período sin cobertura. Consulte la Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del período sin cobertura

Cuando se encuentra en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de descuentos por período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación de los medicamentos de marca. Tanto el monto que paga como el monto descontado por el fabricante cuentan para sus costos de bolsillo como si los hubiera pagado usted y lo ayudan a pasar al período sin cobertura.

Usted también recibe alguna cobertura para medicamentos genéricos. Usted paga no más del 25 % del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solamente cuenta la cantidad que usted paga y que lo ayuda a pasar el período sin cobertura.

Usted continúa pagando estos costos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcancen un monto máximo establecido por Medicare. Cuando alcance este monto de $7,400, deja la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene normas sobre qué cuenta y qué *no* para sus gastos de bolsillo (Sección 1.3).

Important Message About What You Pay for Insulin – You won't pay more than $35 for a one-month supply of each insulin product covered by our plan, no matter what cost-sharing tier it's on. Some Select Insulins will be a $0 copay.

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

Ingresa a la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de bolsillo hayan alcanzado el límite de $7,400 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario.

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

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el que represente el monto *más alto*:
  - –*O*–un coseguro del 5 % del costo del medicamento
  - *O bien,* $4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y $10.35 para todos los demás medicamentos.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Para obtener más información, llame a Servicio al cliente.

Nuestro plan proporciona cobertura para una serie de vacunas de la Parte D y vacunas cubiertas por beneficios médicos. **Debido a que la cobertura de las vacunas puede ser complicada, le sugerimos que llame a Servicio al Cliente antes de recibir cualquier vacuna si tiene alguna inquietud.**

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D tiene dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.

- La segunda parte de la cobertura es por el costo de **ponerle de la vacuna**. (A esto a veces se le llama la "administración" de la vacuna).

Sus costos para una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

1. **El tipo de vacuna** (para qué está siendo vacunado).
    - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte el *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)* en el Capítulo 4).
    - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (vademécum, o "formulary" en inglés)* del plan.
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 puede administrar la vacuna en la farmacia, u otro 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 medicamentos en la que se encuentre.

- A veces, cuando le pongan una vacuna, tendrá que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor le administre la vacuna. Puede pedirle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, pagará solamente su parte del costo en virtud de su beneficio de la Parte D.

A continuación, se presentan tres ejemplos de formas en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted se vacuna en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Pagará a la farmacia su copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Obtiene la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor se la administre.

- Luego, podrá solicitar a nuestro plan que paguemos nuestra parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará la cantidad que pagó menos su coseguro normal por la vacuna (incluida la administración) menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Tendrá que pagar a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. Luego, podrá solicitar a nuestro plan que paguemos nuestra parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto cobrado por el médico por administrar la vacuna menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. En otras ocasiones, es posible que haya pagado más de lo que esperaba según las normas de cobertura del plan. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (esa devolución de dinero a menudo se denomina "reembolso"). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse cada vez que haya pagado más que su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido o posiblemente por más de su parte del costo compartido como se analiza en el documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

A continuación, se muestran ejemplos de situaciones en las que es posible que deba pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan.

Puede recibir servicios de emergencia o necesitados urgentemente de cualquier proveedor, ya sea 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 emergencias están legalmente obligados a proporcionar atención de emergencia. Si accidentalmente paga el monto total usted mismo en el momento en que recibe la atención, puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor donde se le solicite un pago que usted cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de los pagos que ya haya realizado.
    - Si se le debe algo al proveedor, pagaremos al proveedor directamente.
    - Si usted ya pagó más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto adeuda y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

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

- Solamente tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales aparte, llamados "facturación de saldo". Esta protección (que usted nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que crea que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y el monto que adeuda en virtud del plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción puede haber ocurrido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos la documentación como recibos y facturas para que nos encarguemos del reembolso.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando eso suceda, tendrá que pagar el costo total de su 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 el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener un análisis de estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene la tarjeta de membresía del plan con usted

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque la información de inscripción de su plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta usted mismo.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

Es posible que pague el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que no conocía o que no cree que se aplique a su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (es.clevercarehealthplan.com) o llame a Servicio al Cliente y solicite el formulario.

Envíenos su solicitud de pago **por servicios médicos**, junto con las facturas o recibos pagados, a esta dirección:

Clever Care Health Plan
7711 Center Ave
Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

Envíenos su solicitud de pago **por medicamentos recetados de la Parte D**, junto con cualquier factura o recibo, a esta dirección:

MedImpact Healthcare Systems
P.O. Box 509108
San Diego, CA 92150-9108
Fax: 858-549-1569
Correo electrónico: Claims@Medimpact.com

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

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

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta donde explicaremos las razones por las que no enviamos el pago y su derecho de apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o el importe que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y coherente con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Your 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 a plan may 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 the 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 Customer Service.

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 the plan's network for a specialty are not available, it is the 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 the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain 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 specialists or finding a network specialist, please call to file a grievance with Grievance & Appeals representative. You may 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.

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la disposición de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Proporcionamos materiales escritos en estos

idiomas: inglés, chino (tradicional), coreano, vietnamita y español. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros.

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 los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llámenos para presentar un reclamo ante a Grievance & Appeals representative. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

我們的計劃需要確保所有臨床和非臨床服務都以符合文化背景的方式提供，並且面向所有參保人提供，包括英語水平有限、閱讀能力有限、有聽力障礙或具有不同文化和種族背景的人士。計劃如何滿足這些無障礙要求的範例，包括但不限於提供筆譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY（文本電話或電傳打字機電話）連接服務。

我們的計劃提供免費的翻譯服務，以回答不說英語的會員提出的問題。We provide written materials in these languages: English, Chinese (Traditional), Korean, Vietnamese, and Spanish. 我們也可以盲文、大號字體印刷版或您需要的其他可選形式免費向您提供資訊。我們必須以方便您查閱及適合您的形式為您提供計劃福利的相關資訊。如需我們以適合您的方式提供資訊，請致電會員服務部。

我們的計劃必須讓女性參保人可以選擇直接前往網絡內的女性健康專科醫生處，接受女性常規和預防性醫療保健服務。

如果計劃網絡內的專科醫生不可用，則本計劃需負責找到網絡外的專科醫生，讓他們為您提供必要的護理。在這種情況下，您只需支付網絡內的分攤費用。如果您發現計劃網絡內沒有專科醫生可以提供您需要的服務，請致電計劃瞭解如何才能以網絡內分攤費用來獲取這項服務。

如果您無法從我們的計劃獲得方便您查閱和適合您的計劃資訊格式、去看女性保健專科醫生或尋找網絡內專科醫生，您可撥打 a Grievance & Appeals representative 提出申訴。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 或直接致電民權辦公室 1-800-368-1019（聽障專線：1-800-537-7697）向 Medicare 提出投訴。

귀하의 플랜은 임상 및 비임상을 포함한 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 제공되도록 조치할 의무가 있습니다. 플랜이 이러한 접근성 요구를 충족할 수 있는 방법의 예에는 번역 서비스, 통역 서비스, 전신타자기 또는 TTY 연결(문자 전화 또는 전신타자기 전화) 제공 등이 있지만 이에 국한되지는 않습니다.

영어를 사용하지 않는 가입자는 우리 플랜에 관하여 질문하실 때 무료 통역사를 이용할 수 있습니다. 우리는 다음 언어로 작성된 자료를 제공합니다. 영어, 중국어(번체), 한국어, 베트남어, 스페인어. 또한 가입자가 원하시는 경우 점자, 대활자 또는 다른 형태로 작성된 정보를 무료로 제공해드릴 수 있습니다. 가입자가 접근 가능하고 가입자에게 적절한 형태로 보험 혜택에 관한 정보를 제공해 드립니다. 원하시는 방법으로 당사로부터 정보를 얻고자 하시면 고객서비스팀에 전화주시기 바랍니다.

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

플랜의 네트워크 내부에서 전문 분야 서비스 제공자를 이용할 수 없는 경우 귀하에게 필요한 케어를 제공할 네트워크 외부의 전문 서비스 제공자를 찾는 것은 플랜의 책임입니다. 이 경우 귀하는 네트워크 내 비용 분담액만 지불합니다. 귀하에게 필요한 서비스를 제공하는 전문의가 플랜의 네트워크 내부에 없는 상황이라면, 당 플랜에 전화하여 네트워크 내 비용 분담으로 해당 서비스를 제공받을 수 있는 곳을 알아보십시오.

우리 플랜으로부터 귀하에게 알맞은 접근성 형식으로 정보를 얻거나 여성 건강 전문의 또는 네트워크 내 전문의를 찾는데 어려움이 있는 경우, 고충 및 이의제기 팀 담당자에게 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 제기할 수도 있습니다.

Chương trình của quý vị 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 một chương trình 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, người đánh máy 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 cung cấp tài liệu viết bằng các ngôn ngữ sau: Tiếng Anh, tiếng Trung (phồn thể), tiếng Hàn, tiếng Việt và tiếng Tây Ban Nha. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng chữ nổi, chữ in khổ lớn hoặc các định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi được yêu cầu cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình ở định dạng có thể tiếp cận và phù hợp với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi điện cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng.

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.

Nếu không có sẵn nhà cung cấp chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình 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 của chương trình cung cấp dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi cho chương trình để biết thông tin về nơi đến để nhận dịch vụ này 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, vui lòng gọi điện để gửi đơn khiếu nại với bộ phận Phàn nàn và Khiếu nại. 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 obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un médico de atención primaria (PCP) de la red del plan para que le brinde y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, en el Capítulo 9 se le indica 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.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información médica a cualquier persona que no esté proporcionando su atención o pagando por su atención, *estamos obligados a obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya dado poder legal para tomar decisiones por usted primero.*
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o requeridas por ley.
    - Estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
    - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos brindarle a Medicare su información médica, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para una investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales; normalmente, esto requiere que la información que lo identifica de forma única no se comparta.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Tiene derecho a ver sus registros médicos que se encuentran en el plan y a obtener una copia de sus registros. Se nos permite cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o 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.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otros para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicio al Cliente.

A continuación, se muestra el Aviso de prácticas de privacidad a partir del 1.° de enero de 2021. Este aviso puede cambiar; por lo tanto, para asegurarse de que está viendo la versión más reciente, puede solicitar la versión actual a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o consultarlo en nuestro sitio web en es.clevercarehealthplan.com.

Aviso de prácticas de privacidad

Clever Care of Golden State, Inc., una subsidiaria de propiedad absoluta de Clever Care Health Plan, Inc. (en adelante, Clever Care) está obligada por ley a proteger la privacidad de su información médica. También estamos obligados a enviarle este aviso, que explica de qué manera podemos utilizar la información sobre usted y cuándo podemos compartir o "divulgar" esa información a otros. Usted también tiene derechos con respecto a su información de salud que se describen en este aviso. Estamos obligados por ley a cumplir con los términos de este aviso.

Los términos "información" o "información de salud" en este aviso incluyen cualquier información que conservemos la cual pueda usarse razonablemente para identificarlo y que se relacione con su condición de salud física o mental, la provisión de atención médica o el pago de dicha atención médica. Cumpliremos con los requisitos de las leyes de privacidad aplicables relacionadas con notificarle en caso de una 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 nuestra próxima distribución anual, un aviso revisado o información sobre dicho cambio y cómo obtener un aviso revisado.

Le proporcionaremos esta información ya sea por correo directo o electrónicamente, según la ley vigente. En todos los casos, si mantenemos un sitio web para su plan en particular, publicaremos el aviso revisado en el sitio web de su plan de salud, **es.clevercarehealthplan.com**. 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 el derecho a usar y divulgar su información de salud para su tratamiento, para pagar su atención médica y para operar nuestro negocio. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información de salud:

- **Para el pago** de las primas que nos corresponden, para determinar su cobertura y para tramitar las reclamaciones por los servicios de atención médica que reciba, 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 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 médica a una persona involucrada en su atención o que ayude a pagar su atención, como un miembro de la familia, cuando usted esté incapacitado o tenga una emergencia, o cuando esté de acuerdo o no se oponga cuando se le da la oportunidad. Si no está disponible o no puede objetar, usaremos nuestro mejor juicio para decidir si la divulgación es lo mejor para usted. Se aplican normas especiales con respecto a cuándo podemos divulgar información médica a miembros de la familia y otras personas involucradas en la atención de una persona fallecida. Podemos divulgar información médica a cualquier persona involucrada, antes de la muerte, en la atención o el pago por la atención de una persona fallecida, a menos que sepamos que hacerlo sería inconsistente con una preferencia expresada previamente por el fallecido.
- **Para actividades de salud pública** como informar o prevenir brotes de enfermedades a una autoridad de salud pública.
- **Para denunciar víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica** a las autoridades gubernamentales que están autorizadas por ley para recibir dicha información, incluido un servicio social o una agencia de servicios de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** a una agencia de supervisión de la salud que realiza actividades autorizadas por la ley, como licencias, auditorías gubernamentales e investigaciones de fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos** como en respuesta a una orden judicial, orden de registro o citación.
- **Para fines de aplicación de la ley.** Podemos divulgar su información médica a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley con fines tales como proporcionar información limitada para localizar a una persona desaparecida o denunciar un delito.
- **Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad** suya, de otra persona o del público, por ejemplo, al revelar información a agencias de salud pública o autoridades policiales, o en caso de una emergencia o desastre natural.
- **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 otros; o

  (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.
- **A los socios comerciales** que realizan funciones en nuestro nombre o nos brindan servicios si la información es necesaria para llevar a cabo tales funciones o servicios. Nuestros socios comerciales están obligados, en virtud de un contrato con nosotros y de conformidad con la ley federal, a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar ninguna información que no sea la que se especifica en nuestro contrato y según lo permitido por la ley federal.
- **Restricciones adicionales de uso y divulgación.** Ciertas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones especiales de privacidad que restringen el uso y la divulgación de cierta información médica, incluida la información altamente confidencial sobre usted. Dichas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información:
  1. Abuso de alcohol y sustancias
  2. Información biométrica
  3. Maltrato o abandono de niños o adultos, lo que incluye en caso de agresión sexual
  4. Enfermedades contagiosas
  5. Información genética
  6. VIH/sida
  7. Salud mental
  8. Información de menores
  9. Medicamentos recetados
  10. Salud reproductiva
  11. Enfermedades de transmisión sexual

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

Mantenemos salvaguardas de seguridad física, electrónica y 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 exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida. Le informaremos de inmediato si se produce una vulneración que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información. Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia.

Cuáles son sus derechos

Los siguientes son sus derechos con respecto a su información médica:

- **Tiene derecho a solicitar una restricción** con respecto a los usos o divulgaciones de su información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar que se restrinjan las divulgaciones a miembros de su familia o a otras personas que 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. **Tenga en cuenta que, si bien intentaremos cumplir con su solicitud y permitiremos solicitudes de conformidad con nuestras políticas, no estamos obligados a aceptar ninguna restricción.**
- **Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales** de información de una manera diferente o en un lugar diferente (por ejemplo, enviando información a un apartado de correos en lugar de su domicilio). Aceptaremos solicitudes razonables en las que la divulgación de toda o parte de su información médica podría ponerlo en peligro. Sin embargo, en determinadas circunstancias, aceptaremos su solicitud verbal de recibir comunicaciones confidenciales; también podemos solicitarle que confirme su solicitud por escrito. Además, cualquier solicitud para modificar o cancelar una solicitud de comunicación confidencial previa debe hacerse por escrito. Envíe su solicitud a la dirección que se indica a continuación.
- **Tiene derecho a ver y obtener una copia** de cierta información médica que mantenemos sobre usted, como reclamos y registros de administración de casos o médicos. Si mantenemos su información médica de forma electrónica, tendrá derecho a solicitar que le enviemos una copia de su información médica en formato electrónico. También puede solicitar que proporcionemos una copia de su información a un tercero que usted identifique. En algunos casos, puede recibir un resumen de esta información médica. Debe realizar una solicitud por escrito para inspeccionar y copiar su información de salud o enviar su información a un tercero. Envíe su solicitud a la dirección que se indica a continuación. En determinadas circunstancias limitadas, podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información médica. Si denegamos su solicitud, es posible que tenga derecho a que se revise la denegación. Podemos cobrar una tarifa razonable por cualquier copia.
- **Tiene derecho a solicitar que se modifique** cierta información médica que mantengamos sobre usted, como reclamos y registros de administración de casos o

médicos, si cree que la información médica sobre usted es incorrecta o está incompleta. Su solicitud debe ser por escrito y proporcionar los motivos de la enmienda solicitada. Envíe su solicitud a la dirección que se indica a continuación. Si denegamos su solicitud, es posible que se agregue una declaración de su desacuerdo a su información médica.

- **Tiene derecho a recibir un informe** de ciertas divulgaciones de su información realizadas por nosotros durante los seis años anteriores a su solicitud. Este informe no incluirá las divulgaciones de información realizadas: (i) para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (ii) a usted o de conformidad con su autorización; y (iii) a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley; y (iv) otras divulgaciones para las cuales la ley federal no nos exige que proporcionemos una explicación.
- **Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, aún tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Si mantenemos un sitio web, publicaremos una copia del aviso revisado en nuestro sitio web. También puede obtener una copia de este aviso en su sitio web, **es.clevercarehealthplan.com.**

Ejercicio de sus derechos

- **Comunicarse con su plan de salud.** Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea información sobre cómo ejercer sus derechos, **llame al número de teléfono gratuito para miembros que figura en la tarjeta de identificación de su plan de salud o puede comunicarse con Servicio al Cliente al número gratuito 1-833-388-8168 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.° de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1.° de abril al 30 de septiembre.**
- **Enviar una solicitud por escrito.** Puede enviarnos por correo sus solicitudes por escrito para ejercer cualquiera de sus derechos, incluidos modificar o cancelar una comunicación confidencial, solicitar copias de sus registros o solicitar enmiendas a su registro, a la siguiente dirección:

  Clever Care Privacy Officer
  7711 Center Ave
  Suite 100
  Huntington Beach, CA 92647
- **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. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

Aviso de privacidad de la información financiera

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PODRÍA USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN FINANCIERA. LÉALO DETENIDAMENTE.

Clever Care se compromete a mantener la confidencialidad de su información financiera personal. Para los efectos de este aviso, "información financiera personal" significa información sobre un afiliado o un solicitante de cobertura de atención médica que 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 haya obtenido de nuestra parte, podemos recopilar información financiera personal sobre usted de las siguientes fuentes:

- Información que recibimos de usted en solicitudes u otros formularios, como nombre, dirección, edad, información médica y número de Seguro Social.
- Información sobre sus transacciones con nosotros, nuestras filiales u otros, como el pago de primas y el historial de reclamaciones.
- Información de una agencia de informes del consumidor.

Revelación de información

No divulgamos información financiera personal sobre nuestros miembros ni exmiembros a ningún tercero, excepto según lo requiera o permita la ley. Por ejemplo, en el curso de nuestras prácticas comerciales generales, podemos, según lo permita la ley, divulgar cualquier información financiera personal que recopilemos sobre usted, sin su autorización, a los siguientes tipos de instituciones:

- A nuestras filiales corporativas, que incluyen proveedores de servicios financieros, como otras aseguradoras, y empresas no financieras, como procesadores de datos.
- A empresas no afiliadas para nuestros fines comerciales cotidianos, como procesar sus transacciones, mantener su(s) cuenta(s) o responder a órdenes judiciales e investigaciones legales.
- A empresas no afiliadas que nos prestan servicios, incluido el envío de comunicaciones promocionales en nuestro nombre.

Confidencialidad y seguridad

Mantenemos salvaguardas de seguridad física, electrónica y 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 Servicio al Cliente llamando al número gratuito 1-833-388-8168 (TTY: 711): **puede llamar del 1 de octubre al 31 de marzo, de** 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana y **del 1 de abril al 30 de septiembre, de** 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a que le proporcionemos diversos tipos de información. Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame al Servicio al Cliente:

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a que le se le proporcione información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir al usar su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer usted al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

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

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. 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 ayudarlo a tomar decisiones junto con sus médicos al respecto de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar el costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre los riesgos que implica su atención. Se le debe informar con anticipación si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no**". Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a salir de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no se vaya. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted acepta toda la responsabilidad derivada de lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.

En ocasiones, las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede hacer lo siguiente:

- 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 por adelantado en estas situaciones se denominan "**directivas anticipadas**". Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos llamados "**testamento vital**" y "**poder de representación para la atención médica"**" son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una "directiva anticipada" para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de directiva anticipada de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros de oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de directivas anticipadas por parte de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. También puede comunicarse con el Servicio al Cliente para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado lo ayude a prepararlo.

- **Entregar copias a las personas apropiadas.** Debería proporcionarles una copia del formulario a su médico y a la persona que indique en él quién puede tomar decisiones por usted cuando no pueda hacerlo. Es posible que también desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que lo van a hospitalizar y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital**.

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea completar una directiva anticipada (incluido si desea firmar un formulario si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services, DHCS).

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura, o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le informa qué 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 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad de origen, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otra cosa?

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para lidiar con el problema que tiene:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente**.
- También puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicio al Cliente**.
- También puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Además, puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Medicare Rights & Protections" (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
  - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que debe hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice esta *Evidencia de Cobertura* para saber qué está cubierto para usted y las normas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.

- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
    - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acuerden usted y sus médicos.
    - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
    - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya con el buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Debe continuar pagando una prima por su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
    - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o el medicamento.
    - Si debe pagar una penalización por inscripción tardía, debe pagar la penalización para mantener su cobertura de medicamentos recetados. Sin embargo, no cancelaremos su inscripción por falta de pago.
    - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe seguir pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Incluso si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, debemos estar al tanto** de esto para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).

CAPÍTULO 9:

Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas**; que también se denominan reclamos.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y lo que debe hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existen términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no son familiares para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer una reclamación”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que conozca los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse de forma más precisa para obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando brindamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro tratamiento, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible

que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación se presentan dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Cada estado tiene un programa de gobierno con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para manejar un problema que tenga. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y URL del sitio web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía lo ayudará.

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

Esto incluye problemas sobre si la atención médica o los medicamentos recetados están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos).

Sí.

Pase a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”.**

No.

Vaya a la **Sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente u otras inquietudes".**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos los pagos. Este es el proceso que debe utilizar para cuestiones tales como si algo está cubierto o no y la forma en que se cubre.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que recibe atención médica de su parte o si su médico de la red lo deriva a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos nosotros. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, 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 que analizaremos más adelante puede solicitar una apelación acelerada o rápida de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de apelación de nivel 1, 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, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si no desestimamos su caso pero decimos que no a la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es realizada por una organización de revisión independiente que no está conectada a nosotros. (Las apelaciones por servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2; no es necesario que haga nada. Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan en más detalle en la Sección 6 de este capítulo). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (La Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos al Servicio al Cliente**.
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su programa estatal de asistencia sobre seguros de salud.
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación posterior al Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame al Servicio al Cliente y solicite el formulario de "Designación de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en es.es.clevercarehealthplan.com.

  - Para la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
  - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o profesional que extiende recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si desea que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame al Servicio al Cliente y solicite el formulario de "Nombramiento de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en es. es.clevercarehealthplan.com. El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que le gustaría que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
  - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito en la que se explicará su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencias. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

Hay cuatro situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, brindamos los detalles de cada una en una sección separada:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"

- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto"
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto" (*se aplica solamente a estos servicios*: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF])

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame al Servicio al Cliente. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como el SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted*). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a la "cobertura de atención médica" o "atención médica", que incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican normas diferentes a la solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos recetados de la Parte B de las normas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo determinada atención médica que desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle y usted cree que esta atención está cubierta por el plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

3. Ha recibido atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, pero le hemos dicho que no pagaremos esta atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

4. Ha recibido y pagado la atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan y desea pedirle a nuestro plan que le reembolse el costo de dicha atención. **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 ambulatorios (CORF), debe leer la Sección 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura involucra su 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 dentro de los 14 días 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 dos requisitos:

- Solamente puede *solicitar* la cobertura para atención médica *que aún no haya recibido*.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si el uso de los plazos estándares podría *causar un daño grave a su salud o dañar su capacidad para funcionar.*
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos brindarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida o no.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explica que usaremos los plazos estándar.
  - Explica si su médico pide la decisión de cobertura rápida; automáticamente se la proporcionaremos.
  - Explica 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: Puede pedirle 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 proporcionemos 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 de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud **para un artículo o servicio médico.** Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le responderemos **dentro de 72 horas** después de recibida su solicitud.

- **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 tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida". Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre las quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Para las decisiones de cobertura rápida, utilizamos un plazo 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 recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de 24 horas.

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días más**. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida". (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 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 pasa al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al 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".

Una "apelación estándar" generalmente se presenta dentro de los 30 días. Una "apelación rápida" generalmente se presenta dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida". 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" en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** 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 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para hacerlo, explique la razón por la que su apelación se atrasó cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. 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 está revisando su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente comunicándonos 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 así lo requiere.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del período extendido si nos tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y reenviaremos 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 estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le responderemos **en el plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su salud así lo requiere.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo

informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida". Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta dentro de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si 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 Paso a paso: Cómo se realiza 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 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". **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso**. Tenemos permitido cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a proporcionar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una "apelación rápida" en el Nivel 1, también se le concederá una "apelación rápida" en el Nivel 2

- Para la "apelación rápida", la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** desde la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una "apelación estándar" en el Nivel 1, también se le concederá una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Para la "apelación estándar", si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o brindar el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándar. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B dentro de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándar.** Para las **solicitudes aceleradas,** tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama "confirmar la

decisión" o "rechazar su apelación"). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Que explica su decisión
- Que le notifica sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si la cuantía de la cobertura de atención médica cumple con un mínimo determinado. La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará la cuantía que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
- Que le informa cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si 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 la maneja un juez de derecho administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica?

El Capítulo 7 describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o pagar una factura que haya recibido de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación que solicita el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica.

- Si aceptamos o rechazamos su solicitud: Si la atención médica está cubierta y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Si no ha pagado por los servicios, 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 los servicios y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- 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 la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen una cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas.) Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, 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 recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” cada vez. También usamos el término “lista de medicamentos” en lugar de “Lista de medicamentos cubiertos” o “Vademécum” (‘Formulary’ en inglés).

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede surtirse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal

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:

- Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan*. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- 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 recetado que ya compró. **Pedirnos que le devolvamos el dinero. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se llama a veces pedir una **“excepción al vademécum”**. Pedir la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento se llama a veces pedir una “excepción al vademécum”. Pedir que se pague un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido se llama a veces 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 u otro profesional que emite la receta deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Aquí hay tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional que extienda la receta pueden solicitarnos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no está 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 los medicamentos del Nivel 4. No puede solicitar una excepción a la cantidad de costo compartido que le exigimos por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**. El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede solicitar una excepción al importe del copago o del coseguro que le exigimos por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Cada medicamento de la Lista de medicamentos se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el número del nivel de gastos compartidos, menos pagará usted como parte del costo del medicamento.
   - 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, 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 solicitarnos que cubramos su medicamento a un monto de costo compartido más bajo. Este sería el costo de 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 gastos compartidos de ningún medicamento del Nivel 5 (Medicamentos especializados).

Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional que extiende recetas deben darnos una declaración en la que expliquen las razones médicas para la excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que extienda la receta cuando solicite la excepción.

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una determinada enfermedad. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el que usted solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos pide una excepción de nivel, por lo general *no* aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel o niveles de costo compartido más bajos no funcionen tan bien para usted o puedan causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año del plan. Esto es así siempre y cuando su médico le siga recetando el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal
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 estándar" se toman dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico. Las **"decisiones de cobertura rápida"** se toman dentro de las **24 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, solicítenos que le demos una "decisión de cobertura rápida". **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**

- Debe estar solicitando un medicamento que aún no haya recibido. (No puede solicitar el reembolso de una decisión de cobertura rápida por un medicamento que ya compró).

- El uso de los plazos estándares podría causar un daño grave a su salud o dañar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otro profesional que extiende recetas nos dice que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente le brindaremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o profesional que extiende recetas, nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida o no.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que explique:
  - que usaremos los plazos estándar.
  - si su médico u otro profesional que extiende recetas 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. Responderemos su queja dentro de las 24 horas de recepción.

Paso 2: Solicite 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 proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión 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 está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que emite recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede otorgar un 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 u otro profesional que extiende recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por 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"

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** después de recibir su solicitud.

  - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud.
  - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura** que acordamos brindar **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó,** también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 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 solicitar nuevamente la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **"redeterminación"** del plan. Una "apelación rápida" también se denomina **"redeterminación acelerada".**

Paso 1: Decida si necesita una "apelación estándar" o una "apelación rápida".

Por lo general, una "apelación estándar" se presenta dentro de los 7 días. Una "apelación rápida" generalmente se presenta dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida"

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que emite recetas deberán decidir si necesita una "apelación rápida".

  Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida" en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro profesional que emite recetas debe comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para 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 determinación de cobertura modelo de los CMS que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.

- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para hacerlo, explique la razón por la que su apelación se atrasó cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más información.** 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, volvemos a examinar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico u otro profesional que emite recetas para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- 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 así lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere.
    - Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó,** también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: 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 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 debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación "en riesgo" en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la entidad de revisión independiente (Independent Review Entity, IRE).

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se la denomina su "archivo de caso". **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso**. Tenemos permitido cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a proporcionar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: la organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si su salud lo requiere, solicite 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"

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para una "apelación rápida":

- **Si la organización de revisión independiente responde afirmativamente a todo o parte de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

Para "apelaciones estándar":

- **Si la organización de revisión independiente responde afirmativamente a todo o parte de su solicitud de cobertura,** debemos **proporcionar la cobertura de**

medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

- **Si la organización de revisión independiente aprueba una 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 su solicitud de apelación.

¿Qué sucede si la organización de revisión 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:

- Que explica su decisión.
- Que le notifica sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si la cuantía de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un determinado mínimo. Si la cuantía de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado baja, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- Que le informe la cuantía que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si 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 decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estancia en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que saldrá del hospital. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de su partida.

- El día que sale del hospital se denomina su "**fecha de alta**".
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si cree que se le pide que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estancia hospitalaria más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante su estancia en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos

Dentro de los dos días de haber sido admitido en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si usted no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o enfermero), pregúntele a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** El aviso le informa sobre lo siguiente:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia en el hospital, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a conocer estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede recibirlos.
   - Su derecho a participar en 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 formal y legal de solicitar una demora en la fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria por 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 a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
   - Firmar el aviso *solamente* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso ***no*** **significa** que usted esté de acuerdo con la fecha de alta.

3. **Conserve su copia** del aviso para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.
   - Si firma el aviso más de dos días antes de su fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
   - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicio al Cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta hospitalaria

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al Servicio al Cliente. O bien, llame a su programa estatal de asistencia sobre seguros de salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para personas con 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 el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le indica cómo comunicarse con esta organización. O bien, puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. *antes de* abandonar el hospital y **a más tardar a la medianoche del día de su alta.**
    - **Si cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera recibir la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
    - **Si *no* cumple con este plazo,** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con el Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y aún desea apelar, debe presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos contacten, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso por le indicará su fecha de alta planificada y explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando al Servicio al Cliente o al

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ("los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero tiene derecho a hacerlo si lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Antes del mediodía del día posterior a que los revisores nos informaran su apelación, usted recibirá una notificación por escrito de nuestra parte que le indicará la 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 el Mejoramiento de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización revisora dice que *sí*, **debemos seguir proporcionando sus servicios de hospitalización cubiertos durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o los copagos, si se aplican). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión es *negativa*, están diciendo que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto pasa, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalario como paciente hospitalizado terminarán** al mediodía del día *posterior* a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad da una respuesta para su apelación.
- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es *negativa* y usted decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha *rechazado* su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista para el alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa pasar al “Nivel 2” del proceso de apelación.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta hospitalaria

Durante una apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a examinar la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su estancia después de la fecha de alta prevista.

Paso 1: Vuelve a ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y pide otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** a partir del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dijo que *no* a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para Mejora de la Calidad analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a su solicitud de apelación de nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización a cargo de la revisión dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura para su atención hospitalaria durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Debe seguir pagando su parte de los costes y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización a cargo de la revisión dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1. Esto se llama "mantener la decisión".
- La notificación que reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, tendrá que decidir si quiere llevar su apelación más allá, pasando al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si 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 decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si le me vence el plazo para una apelación de Nivel 1?

Término legal
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se llama **"apelación acelerada".**

Puede presentar la apelación ante nosotros.

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para iniciar su apelación de Nivel 1 de su fecha de alta hospitalaria. Si se le vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- **Solicite una "revisión rápida"**. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta utilizando los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar". El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una "revisión rápida" de su fecha de alta prevista, comprobando si era médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información sobre su estancia en el hospital. Verificamos si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted. Comprobamos si la decisión sobre cuándo debe abandonar el hospital ha sido justa y ha seguido todas las normas.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que solicite una "revisión rápida".

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en cuando a que debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos proporcionando sus servicios de hospitalización cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si decimos que no a su apelación**, estamos diciendo que su fecha de alta prevista era médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios de hospitalización finaliza a partir del día en que dijimos que terminaría la cobertura.
    - Si se quedó en el hospital *después* de su fecha de alta planificada, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación, su caso *automáticamente* será enviado al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativo* 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 nuestro plan 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: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas posteriores a la fecha en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo, se le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación del alta hospitalaria.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *afirmativa,*** entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que ha recibido desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto reembolsaríamos o cuánto tiempo continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *negativa,*** significa que están de acuerdo en que su fecha de alta hospitalaria planificada era médicamente adecuada.
    - La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de nivel 3 con el proceso de revisión, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa a la apelación de Nivel 3.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata solamente sobre tres servicios:* Servicios de cuidado de la salud en el hogar, centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)

Cuando recibe **servicios de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, debemos informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.*

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

Término legal
"**Aviso de finalización de cobertura de Medicare".** Le informa cómo puede solicitar una **"apelación rápida".** Solicitar una apelación rápida es una forma formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo interrumpir su atención.

1. **Recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le dice:
   - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.

- Cómo solicitar una "apelación rápida" para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más prolongado.

2. Se le pedirá a **usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para mostrar 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 del plan de interrumpir la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período de tiempo más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al Servicio al Cliente. O bien, llame a su programa estatal de asistencia sobre seguros de salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para personas con 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: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación rápida*. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de finalización de cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O bien, puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** del Aviso de no cobertura de Medicare.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con el Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y aún desea apelar, debe presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
"**Explicación detallada de finalización de cobertura".** Aviso que proporciona detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ("los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero tiene derecho a hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le haya proporcionado.
- Al final del día, los revisores nos informarán 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 dicen que no?

- Si los revisores la *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos indicado.**
- Si decide seguir recibiendo cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que finaliza su cobertura, entonces **tendrás que pagar el costo total** de esa atención usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, 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 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a examinar la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba 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 ambulatorios (CORF). *después* la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Vuelve a ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y pide otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para Mejora de la Calidad analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión aprueba su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.

- La notificación que reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, del que se encarga un juez de derecho administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si 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 decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si me vence el plazo para una apelación de Nivel 1?

Puede presentar la apelación ante nosotros.

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y comenzar su primera apelación (dentro de uno o dos días, como máximo). Si se le vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Término legal
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se llama **“apelación acelerada”.**

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- **Solicite una “revisión rápida”**. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información sobre su caso. Verificamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que solicite una "revisión rápida".

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos acordado con usted que necesita los servicios por más tiempo y seguiremos brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** entonces su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso *automáticamente* pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

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").

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativo* de nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su "apelación rápida". Esta organización decide si se debe cambiar la decisión. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviamos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas posteriores a la fecha en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo, se le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. También debemos continuar cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto reembolsaríamos o cuánto tiempo continuaríamos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y no la cambiarán.
- El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si 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 decisión de apelación de Nivel 2.
- En la apelación de Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un mediador manejan su apelación. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si la cuantía del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si la cuantía es menor que el nivel mínimo, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de la misma manera. A continuación, se indica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el mediador aprueba su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no***. A diferencia de una decisión del Nivel 2, tenemos

derecho a apelar una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.

- Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o del mediador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos adjuntos. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.

- **Si el juez de derecho administrativo o el mediador deniega su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de una decisión del Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelaremos esta decisión al Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si rechazamos la apelación o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le dirá si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si la cuantía del medicamento por el que presentó la apelación alcanza un cierto monto, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el monto es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de la misma manera. A continuación, se indica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 **Un juez de derecho administrativo) o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado**. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o el mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no***.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado**. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no***.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.

- Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisar la apelación, el aviso le dirá si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se dice *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

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 tipo de problemas se tratan mediante el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solamente* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, se muestran ejemplos de los tipos de problemas que se tratan mediante el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad ni compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿Está insatisfecho con nuestro Servicio al Cliente? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicio al Cliente u otro personal de nuestro plan? o Los ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o exámenes, u obtener 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 difícil comprender nuestra información escrita?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si ha solicitado una decisión de cobertura o presentado una apelación, y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación se muestran algunos ejemplos: • Nos ha pedido que le demos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos; puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones o apelaciones de cobertura, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrirle o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con los plazos requeridos para reenviar 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"** también 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"** también se denomina **"reclamo acelerado".**

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, llamar a Servicio de al Cliente es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, e Servicio al Cliente se lo informará.
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- **Así es como funciona:**
  - Usted o alguien que usted nombre puede presentar una queja. La persona que nombre será su representante. Puede nombrar a un familiar, amigo, abogado, defensor, médico o cualquier otra persona para que actúe en su nombre.
  - Si desea que alguien actúe en su nombre, pero esa persona aún no está autorizada por el tribunal o en virtud de la ley estatal, entonces usted y esa persona deben firmar y fechar una declaración que le proporcione a la persona un permiso legal para ser su representante. Para saber cómo nombrar a su representante, puede llamar a Servicio al Cliente. Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual.
  - Debemos abordar su queja tan pronto como lo requiera su caso en función de su estado de salud, pero a más tardar 30 días después de recibir su proceso para presentar una queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días si 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 una decisión de cobertura o apelación. Debemos responder a su reclamo acelerada dentro de las 24 horas.

- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea quejarse.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", automáticamente le concederemos una "queja rápida".** Si tiene una "queja rápida", significa que le proporcionaremos **una respuesta dentro de las 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no nos hacemos responsables del problema por el que se queja, incluiremos nuestros motivos en nuestra respuesta a usted.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad**. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo**.

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede enviar una queja sobre Clever Care Health Plan directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:
Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan

Finalizar su membresía en Clever Care Fortune Medicare Advantage (HMO) podría ser **voluntario** (su decisión) o **involuntario** (no es su decisión):

- Podría dejar el plan porque decidió que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la finalización voluntaria de su membresía.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a terminar su membresía. En la Sección 5, se le indica sobre estas situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionándole atención médica y medicamentos recetados, y usted continuará pagando su participación en los costos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar usted la membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual

Puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **Período de Inscripción Anual** (también llamado "Período de Inscripción Abierta Anual"). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de Inscripción Anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Optar por mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar de plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
    - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
    - Original Medicare si*n* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
        - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

  Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 o más días

seguidos, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía finalizará con nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura médica durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- **El período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage anual,** puede:
  - Cambie a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
  - Cancelar su inscripción en el plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente al que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En algunas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de Inscripción Especial

En ciertas situaciones, los miembros de nuestro plan podrían ser elegibles para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

Si ocurre alguna de las siguientes situaciones, **puede optar por finalizar su membresía durante un período de Inscripción Especial.** Estos son solo ejemplos; para ver una lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se ha mudado.
- Si tiene Medi-Cal.
- Si es elegible para la “Ayuda adicional” con el pago de sus medicamentos recetados de Medicare.

- Si infringimos el contrato que firmamos con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC).

Nota: Si está en un programa de gestión de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En el Capítulo 5, Sección 10, se explica más sobre los programas de gestión de medicamentos.

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), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto la cobertura médica de Medicare como la de los medicamentos recetados. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- *–U–* Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

  Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 o más días seguidos, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no inscribirse automáticamente.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede:

- **Llamar al Servicio al Cliente**.
- Puede encontrar la información en el manual de ***Medicare y usted 2023***.
- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar usted la membresía en nuestro plan?

En la tabla a continuación, se explica cómo debe finalizar su membresía a nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Debe hacer esto:
• Otro plan médico de Medicare.	• Inscríbase en el plan médico nuevo de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción de nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su inscripción en nuestro plan plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Original Medicare si*n* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción.** Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). • También puede comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se anule su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción de nuestro plan automáticamente cuando comience la cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía finalice, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo su atención médica y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continuar utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**

- **Continuar utilizando las farmacias de nuestra red o los pedidos por correo para surtir sus recetas**.
- **Si es hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su estancia en el hospital 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 Fortune Medicare Advantage (HMO) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

Debemos finalizar su membresía al plan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A ni la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, llame al Servicio al Cliente para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a la cárcel).
- Si ya no es ciudadano estadounidense o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga que proporcione cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos da intencionadamente información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta a su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de forma conflictiva y nos dificulta la prestación de atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare).
    - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si se le exige que pague el monto adicional de la Parte D por su ingreso y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre cuándo podemos dar por terminada su membresía, llame al Servicio al cliente.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Clever Care no puede pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debo hacer si esto sucede?

Si cree que se le pide que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si ponemos fin a su membresía a nuestro plan, debemos comunicarle por escrito los motivos de la misma. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamación sobre nuestra decisión de poner fin a su membresía.

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) y los reglamentos creados en virtud de la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar a sus derechos y responsabilidades aunque las leyes no estén incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la negación de discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, nacionalidad de origen, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, lo que incluye el Título VI de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964, la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, la Ley de Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), la Sección 1557 de la Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act), todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que obtienen financiamiento federal y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea más información o le preocupa la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019

(TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. 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.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema de acceso a la silla de ruedas, el Servicio al Cliente puede ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de los CMS expuestas en las secciones 422.108 y 423.462 en el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Clever Care, como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario ejerce en virtud de las regulaciones de los CMS expuestas en las subpartes B a D de la parte 411 en el Título 42 del CFR y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Recuperación de un pago excesivo

Podemos recuperar cualquier pago excesivo que hagamos por los servicios de cualquier persona que reciba dicho pago excesivo o de cualquier persona u organización obligada a pagar por los servicios.

SECCIÓN 5 Cómo denunciar el fraude, el derroche y el abuso

Usted puede ayudar a prevenir el fraude en la atención médica.

La Asociación Nacional contra el Fraude en la Atención Médica (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 al Plan de salud Clever Care O a 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 f**raude** ocurre cuando alguien a conciencia y voluntariamente presenta una reclamación falsa que genera pagos inapropiados.

Ejemplos: Facturar por servicios no prestados, falsear el diagnóstico de un paciente para justificar procedimientos innecesarios o aceptar pagos indebidos por derivaciones de pacientes.

El **derroche** es el uso excesivo de los servicios u otras prácticas que, directa o indirectamente, dan lugar a gastos médicos innecesarios. Esto incluye el uso indebido de los recursos, lo que generalmente no se considera una acción delictiva negligente.

Ejemplos: La solicitud excesiva de pruebas de diagnóstico, el uso desmedido de visitas al consultorio, o el envío de medicamentos de la farmacia a los miembros sin confirmar si aún los necesitan.

El **abuso** es una acción que puede dar como resultado gastos médicos innecesarios. Se trata de un abuso, cuando una persona o entidad, sin ser consciente de ello o a propósito, falsea los hechos para obtener un pago.

Ejemplos: Cobrar en exceso por insumos o servicios, proveer servicios médicamente innecesarios, o visitar diferentes médicos o salas de emergencias para obtener analgésicos.

Protéjase y proteja sus beneficios

- Nunca facilite sus números del Seguro Social, de Medicare o del plan de salud, ni sus datos bancarios a alguien que no conozca.
- No acepte ninguna prueba de laboratorio sin la orden de su médico
- Es ilegal aceptar cualquier cosa de valor a cambio de servicios médicos.

Esté atento al fraude de las pruebas genéticas

Los estafadores abordan a los inscritos desprevenidos en ferias de salud, centros de ancianos y otros lugares de confianza para llevar a cabo el fraude de las pruebas genéticas. Prometen falsamente que Medicare pagará la prueba y que todo lo que hay que hacer es proporcionar un hisopo de la mejilla, una identificación y la información de Medicare para recibir los resultados de la prueba.

Si usted es víctima de este tipo de estafa, estas personas deshonestas tienen ahora su información personal y genética, y pueden facturar a Medicare miles de dólares por un servicio que nunca recibió.

Cómo denunciar el posible fraude, derroche y abuso (Fraud, Waste and Abuse, FWA)

Clever Care le brinda diversas maneras de denunciar posibles problemas de FWA. Para obtener más información sobre cómo denunciar, visite nuestro sitio web, es.clevercarehealthplan.com.

SECCIÓN 6 Aviso sobre Manifest MedEx para ayudar a coordinar información médica importante

Clever Care Health Plan se ha asociado con Manifest MedEx (MX), un intercambio de información de salud (health information exchange, HIE) sin fines de lucro para ayudar a 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/

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 de palabras importantes

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 del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos o pasarse a Medicare Original.

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 recetados o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender 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 el plan. Como miembro de nuestro plan, tiene que pagar solamente las cantidades del costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores "facturen el saldo" ni que le cobren más de la cantidad de gastos compartidos que su plan indica que debe pagar.

Asignación de beneficios: es el dinero que el plan le proporciona para un fin específico, como el pago de los costos de la atención médica, o que se agrega a una cuenta de gastos flexible para pagar los servicios.

Período de beneficios: la forma en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios de hospital y centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, un nuevo período de beneficios comenzará. Debe pagar el deducible de hospitalización por cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Medicamento de marca: un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de principio activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, por lo general, no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca ha expirado.

Etapa de cobertura catastrófica: etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado $7,400 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Plan de necesidades especiales de atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas con necesidades especiales con afecciones crónicas graves o incapacitantes específicas, definidas en el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 422.2. Un C-SNP debe tener atributos específicos que vayan más allá de la prestación de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare y la coordinación de la atención que se requiere de todos los planes de atención coordinada de Medicare Advantage para recibir la designación especial y las adaptaciones de comercialización e inscripción proporcionadas a los C-SNP.

Coseguro: monto que se le puede exigir que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, el 20 %) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados.

Queja: el nombre formal para "presentar una queja" (en inglés, el término formal es "grievance"). El proceso de quejas *solamente* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo del proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): centro que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: cantidad que puede tener que pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita ambulatoria al hospital o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija (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 tres tipos de pagos siguientes (1) cualquier cantidad "deducible" que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad fija de "copago" que un plan exija cuando se reciba un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de "coseguro", un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento, que un plan exija cuando se reciba un servicio o medicamento específico.

Nivel de costos compartidos: todos los medicamentos de la Lista de medicamentos cubiertos se encuentran en uno de los seis niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento:

Determinación de la cobertura: la decisión de si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y el importe, en su caso, que debe pagar por la receta. En general, si usted lleva su receta a una farmacia y allí le dicen que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Tiene que llamar o escribir a su plan para pedir una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman "decisiones de cobertura" en este documento.

Medicamentos cubiertos: es el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: es el término que utilizamos para referirnos a todos los servicios y suministros médicos que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos con receta: es una cobertura de un medicamento recetado (por ejemplo, de un empleador o grupo sindical) que 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.

Servicio al Cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de contestar a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Tasa diaria de costos compartidos: puede aplicarse una "tasa diaria de costos compartidos" cuando su médico le receta un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos para usted y usted debe pagar un copago La tasa diaria de costos compartidos es el copago dividido por el número de días de un mes. He aquí un ejemplo: si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es $30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su "tasa diaria de costos compartidos" es $1 por día.

Deducible: el monto que debe pagar por los medicamentos recetados o la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Cancelación de la inscripción o cancelar la inscripción: el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan.

Tarifa de dispensación: es una tarifa que se cobra cada vez que un medicamento se dispensa para pagar el costo del surtido de un medicamento recetado, como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar el medicamento recetado.

Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME): determinados equipos médicos ordenados por su médico por razones médicas. Entre los ejemplos se incluyen: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Emergencia: cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si es una mujer embarazada, para salvarle la vida al niño 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 médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) prestados por un proveedor cualificado para proporcionar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de Información: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como miembro a nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o 'vademécum' (una excepción a la Lista de medicamentos) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el que solicita, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Ayuda adicional: programa de Medicare o estatal para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento "genérico" funciona de la misma forma que un medicamento de marca y suele costar menos.

Queja: un tipo de queja que usted hace sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, incluida una queja relativa a la calidad de su atención. Esto no involucra disputas de pago o cobertura.

Asistente para la salud en el hogar: persona que presta servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero o terapeuta autorizado, como la ayuda en los cuidados personales (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios recetados).

Hospicio (también llamado "centro de cuidados paliativos"): un beneficio que proporciona tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige el centro de cuidados paliativos y sigue pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, así como las prestaciones complementarias que ofrecemos.

Estancia hospitalaria como paciente hospitalizado: estancia en el hospital cuando ha sido ingresado formalmente para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se lo considere un "paciente ambulatorio".

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA):si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría no pagará una prima más alta.

Asociación de Médicos Independientes (Independent Physician Association, IPA): grupo independiente de médicos y otros proveedores de atención médica contratados para prestar servicios a los miembros de Clever Care.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: la etapa antes de que sus costos totales de medicamentos, incluidos los montos que pagó y lo que su plan pagó en su nombre durante el año, hayan llegado a $4,660.

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.

Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum o "Lista de medicamentos"): lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan ('formulary' en inglés).

Subsidio por Bajos Ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte "Ayuda adicional".

Monto máximo de gastos de bolsillo: lo máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas del plan, la Parte A y la Parte B de Medicare, y por sus medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. Además del monto máximo de gastos de bolsillo para los servicios médicos cubiertos dentro de la red, también tenemos un monto máximo de gastos de bolsillo para ciertos 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 de Medicaid estatales varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia.

Médicamente 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 discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: período del 1 de enero al 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces también se denomina Parte C de Medicare. Es el plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan i) de una HMO, ii) de 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 HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, 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**.

Programa de descuentos durante el período sin cobertura de Medicare: programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del Período sin Cobertura y que no estén recibiendo ya "Ayuda Adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos.

Servicios cubiertos por Medicare: los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término 'Servicios cubiertos por Medicare' no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que un Plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Plan de salud de Medicare: 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 con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye a todos los planes Medicare Advantage, Medicare Cost (planes de costo de Medicare), planes de necesidades especiales, Programas de Demostración/Piloto y los Programas de atención integral para personas de edad avanzada (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Póliza de "Medigap" (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por empresas de seguros privadas para cubrir los "períodos sin cobertura" de Original Medicare. Las pólizas de seguro Medigap solamente funcionan con Original Medicare. (Un Medicare Advantage Plan no es una póliza de Medigap).

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).

Farmacia de la red: farmacia que tiene contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus prestaciones 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 que utilizamos para referirnos a los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para brindar servicios de atención médica. Los "**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".

Determinación de organización: decisión que toma nuestro plan respecto a si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de organización se llaman "decisiones de cobertura" en este documento.

Original Medicare ("Traditional Medicare" o Medicare "con cargo por servicio"): Original Medicare es ofrecido por el gobierno, y no por un plan médico privado, como los Medicare Advantage Plans y los planes de medicamentos recetados. En virtud de Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagando a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades establecidas por el Congreso. Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare, y usted paga la parte que le corresponde. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en cualquier parte en los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: 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, no son propiedad de nuestro plan.

Costos de bolsillo: consulte la definición de "costos compartidos" más arriba. El requisito de costo compartido del miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de "costo compartido" del miembro.

Plan PACE: plan del programa de atención integral para personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) combina los servicios médicos, sociales y de cuidados de largo plazo (long-term care, LTC) para las personas frágiles, con el fin de ayudarlas a mantenerse independientes y a vivir en su comunidad (en lugar de trasladarse a un hogar de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes del PACE reciben los beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte "Medicare Advantage (MA) Plan".

Parte D: programa de beneficios de medicamentos recetados 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. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Penalización por inscripción tardía en la Parte D: cantidad que se agrega a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Prima: pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de atención médica para la cobertura de salud o de medicamentos.

Médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP): 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 ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos si no requiere autorización previa para ningún servicio médico o medicamento. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa se encuentran en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Prótesis y aparatos ortopédicos: dispositivos médicos que incluyen, a modo de ejemplo, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para comprobar y mejorar la atención prestada a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de determinados medicamentos por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden referirse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o durante un tiempo determinado.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional.

Área de servicio: área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales a los que puede acudir, también suele ser el área en la que puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

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. Algunos ejemplos de atención son la fisioterapia o las inyecciones intravenosas, que solamente pueden ser administradas por un enfermero o un médico.

Período de inscripción especial: momento determinado cada otoño en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos o pasarse a Medicare Original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con sus costos de medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos, o si infringimos nuestro contrato con usted.

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 rectado inicialmente.

Ingreso de Seguridad Complementario (Supplemental Security Income, SSI): beneficio mensual pagado por el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

Servicio al Cliente de Clever Care

Método	Servicio al Cliente: Información de contacto
LLAME	(833) 388-8168 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. También ofrecemos servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	(657) 276-4720
ESCRIBA A	Clever Care Health Plan 7711 Center Ave Suite 100 Huntington Beach, CA 92647
SITIO WEB	es.es.clevercarehealthplan.com

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

HICAP es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría local gratuita sobre seguros médicos a las personas con Medicare.

Método	Información de contacto del HICAP (SHIP de California)
LLAME	(800) 434-0222
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	California Department of Aging 1300 National Drive Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992

Método	Información de contacto del HICAP (SHIP de California)
SITIO WEB	aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling

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.*