CareBreeze Platinum
(HMO C-SNP)
H1019-123

2023



EVIDENCIA DE COBERTURA

Sur de Florida: Miami-Dade
Condado de Miami-Dade

CarePlus HEALTH PLANS

Nos importa su bienestar

Gracias por ser un afiliado de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP). Valoramos su afiliación, y estamos dedicados a ayudarle a estar lo más saludable posible.

Esta Evidencia de cobertura contiene información importante acerca de su plan. Este libro es un documento muy detallado con la descripción completa y legal de sus beneficios y costos. Usted debe guardar este documento como referencia durante el año del plan.

Esperamos poder ser su socio en la salud por muchos años. Si tiene preguntas, aquí estamos para ayudarlo.

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios de salud y servicios de Medicare y cobertura para medicamentos recetados como afiliado de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP)

Este documento le provee los detalles acerca de su cobertura para el cuidado de la salud y para medicamentos recetados de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Por favor, guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para afiliados al 1-800-794-5907 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario normal, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.

Este plan, CareBreeze Platinum (HMO C-SNP), es ofrecido por CarePlus Health Plans, Inc. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa CarePlus Health Plans, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa CareBreeze Platinum (HMO C-SNP)).

CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) ha sido aprobado por el Comité nacional de control de calidad (NCQA, por sus siglas en inglés) para operar como un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) hasta el 31 de diciembre de 2023 basado en una revisión del Modelo de cuidado médico de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP).

Este documento está disponible sin costo en inglés.

Esta información está disponible en otros formatos, incluidos Braille, letra grande y audio. Si necesita información del plan en otro formato, llame a Servicios para afiliados al número que aparece anteriormente.

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

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea 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 entender:

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

H1019_EOC_MAPD_HMO_123000_2023_SP_C

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

Evidencia de cobertura para 2023
Contenido

Capítulo 1. Cómo comenzar como afiliado 7
SECCIÓN 1 Introducción 8
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser afiliado del plan? 9
SECCIÓN 3 Materiales importantes de afiliación que recibirá 10
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) 12
SECCIÓN 5 Información adicional acerca de su prima mensual 15
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de afiliado del plan 17
SECCIÓN 7 Cómo funcionan los otros seguros con nuestro plan 17

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 19
SECCIÓN 1 Contactos de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para afiliados) 20
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) 24
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda e información gratis y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 25
SECCIÓN 4 Organización para el mejoramiento de la calidad 26
SECCIÓN 5 Seguro social 26
SECCIÓN 6 Medicaid 27
SECCIÓN 7 Información acerca de programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados 28
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria 30
SECCIÓN 9 ¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro de salud de un patrono? 31

Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos 32
SECCIÓN 1 Lo que debe saber para obtener cuidado médico como afiliado de nuestro plan 33
SECCIÓN 2 Uso de los proveedores de la red del plan para obtener cuidado médico 34
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando necesita cuidado de emergencia o de urgencia o durante un desastre 39
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 41
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando se encuentra en un "estudio de investigación clínica"? 42
SECCIÓN 6 Normas para obtener cuidado cubierto en una "institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud" 43
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 44

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 46
SECCIÓN 1 Entienda los gastos de desembolso personal de los servicios cubiertos 47
SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar 48
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 89

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D 95
SECCIÓN 1 Introducción 96

SECCIÓN 2 Surtir sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 96
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la "Guía de medicamentos" del plan 101
SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 103
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía? 104
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos? 108
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 110
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 111
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 112
SECCIÓN 10 Programas para la seguridad y la administración de medicamentos 113

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D 116
SECCIÓN 1 Introducción 117
SECCIÓN 2 La cantidad que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que usted se encuentra cuando obtiene el medicamento 119
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra 120
SECCIÓN 4 No hay deducible para CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) 121
SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte 121
SECCIÓN 6 Costos en la etapa del Período sin cobertura 127
SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos 130
SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales 131
SECCIÓN 9 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las reciba ... 131

Capítulo 7. Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos 133
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos 134
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura recibida 136
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o no 136

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 138
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y su sensibilidad cultural como afiliado del plan 139
SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como afiliado del plan 148

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 150
SECCIÓN 1 Introducción 151
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada 151
SECCIÓN 3 Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe utilizar? 152
SECCIÓN 4 Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y apelaciones 152
SECCIÓN 5 Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 155

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 162
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta antes de tiempo 171
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando demasiado pronto 177
SECCIÓN 9 Cómo presentar la apelación en el Nivel 3 y en los niveles superiores 183
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 185

Capítulo 10. Cómo finalizar su afiliación al plan 189
SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su afiliación a nuestro plan 190
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su afiliación a nuestro plan? 190
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su afiliación a nuestro plan? 193
SECCIÓN 4 Hasta que termine su afiliación, debe seguir recibiendo los servicios médicos y los medicamentos a través de nuestro plan 193
SECCIÓN 5 CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) debe finalizar su afiliación en el plan en ciertas situaciones 194

Capítulo 11. Avisos legales 196
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable 197
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 197
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare 197
SECCIÓN 4 Aviso adicional sobre la subrogación (recuperación de terceros) 197
SECCIÓN 5 Aviso sobre la coordinación de beneficios 198

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 202

Anexo A. Información de contacto de las agencias estatales 213

Provee una lista de los nombres, direcciones, números de teléfono y otra información de contacto de una variedad de recursos útiles en su estado.

CAPÍTULO 1:
Cómo comenzar como afiliado

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está actualmente inscrito en CareBreeze Platinum (HMO C-SNP), que es un Plan Medicare Advantage especializado ("Plan de necesidades especiales")

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan., CareBreeze Platinum (HMO C-SNP).

CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) es un Plan Medicare Advantage especializado (un "Plan de necesidades especiales" de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de cuidado de la salud. CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) está diseñado para proveer beneficios de salud adicionales que ayudan específicamente a personas que tienen enfermedades pulmonares crónicas.

Nuestro plan incluye proveedores especializados en el tratamiento de Enfermedades pulmonares crónicas. Además, incluye programas de salud diseñados para atender las necesidades especializadas de personas con esta afección. Además, nuestro plan cubre medicamentos recetados para tratar la mayoría de las afecciones médicas, incluidos los medicamentos que generalmente se utilizan para tratar enfermedades pulmonares crónicas. Como afiliado del plan, usted recibe beneficios especialmente adaptados para su afección y todo su cuidado médico se coordina a través de nuestro plan.

La cobertura conforme a este plan se considera cobertura médica calificada (QHC, por sus siglas en inglés) y cumple con el requisito de la responsabilidad individual compartida según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Este documento *Evidencia de cobertura* le informa cómo recibir el cuidado médico y los medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como afiliado del plan, y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos "cobertura" y "servicios cubiertos" se refieren al cuidado y los servicios médicos y los medicamentos recetados que tendrá disponibles como afiliado de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP).

Es importante que conozca cuáles son las reglas del plan y qué servicios tiene disponibles. Le aconsejamos que dedique parte de su tiempo para revisar este documento *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido o preocupado o si solo tiene alguna pregunta, contacte a Servicios para afiliados.

Sección 1.3 Información legal acerca de la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre la manera en que CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) cubre su cuidado médico. Otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Guía de medicamentos recetados* (*Formulario*) y cualquier aviso que reciba de nuestra parte acerca de los cambios a su

cobertura o condiciones que afecten su cobertura. En ocasiones, a estos avisos se les llama "cláusulas" o "enmiendas".

El contrato es válido durante los meses que esté inscrito en CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) 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) debe aprobar CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) cada año. Puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como afiliado de nuestro plan cada año siempre y cuando decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Es elegible para ser afiliado de nuestro plan si:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare
- -- *y* -- vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.2 a continuación describe nuestra área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran residentes del área geográfica de servicio aunque estén físicamente ubicadas en ella
- -- *y* -- es ciudadano estadounidense o se encuentra en los Estados Unidos de manera legal
- -- *y* -- cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades especializadas de las personas que padecen ciertas afecciones médicas. Para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener:

- Enfermedades pulmonares crónicas.
- Tenga en cuenta: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de 1 mes, entonces aún es elegible para ser afiliado de nuestro plan (El Capítulo 4, Sección 2.1, le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad continua de hecho).

Sección 2.2 La siguiente es el área de servicio del plan de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP)

CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para permanecer como afiliado de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado/los siguientes condados en Florida: Condado de Miami-Dade, FL.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo afiliado de este plan. Contacte con Servicios para afiliados para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, usted tendrá un Período especial de inscripción que le permitirá cambiar a Medicare original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nuevo lugar.

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

Sección 2.3 Ciudadano de los EE. UU. o residente legal

Un afiliado de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o encontrarse en los Estados Unidos de manera legal. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) informará a CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) si usted no es elegible para seguir siendo un afiliado según esto. CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) debe desafiliarle si usted no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de afiliación que recibirá

Sección 3.1 La tarjeta de afiliado del plan

Mientras sea afiliado de nuestro plan, debe usar la tarjeta de afiliado cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que obtiene en las farmacias de la red. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Esta es una muestra de la tarjeta de afiliado para mostrarle cómo será la suya:



NO utilice su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para los servicios médicos cubiertos mientras esté afiliado a este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de afiliado de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP), es posible que usted mismo deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la presente si necesita recibir servicios hospitalarios, obtener servicios de hospicio o participar en estudios clínicos de investigación aprobados por Medicare, también conocidos como ensayos clínicos.

Si su tarjeta de afiliado del plan se daña, se pierde o se la roban, llame sin demora a Servicios para afiliados y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 *Directorio de proveedores*

El *Directorio de proveedores* enumera los proveedores, proveedores de equipo médico duradero y farmacias de nuestra red.

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un acuerdo con nosotros de aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago en su totalidad.

Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de proveedores de equipo médico duradero con este documento. La lista más reciente de proveedores también está disponible en nuestro sitio web en **www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2023**.

Debe utilizar los proveedores de la red para recibir el cuidado y los servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, servicios que se necesitan con 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), servicios de diálisis fuera del área y los casos en que CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

El *Directorio de proveedores* enumera las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son todas las farmacias que acordaron surtir los medicamentos recetados cubiertos para los afiliados de nuestro plan. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no están en la red del plan. Puede usar el *Directorio de proveedores* para encontrar la farmacia de la red que quiere usar.

El *Directorio de proveedores* también le indicará cuáles de las farmacias en nuestra red tienen costos compartidos preferidos que pueden ser menores que los costos compartidos estándares ofrecidos por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia de Servicios para afiliados. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web **www.careplushealthplans.com/directories**. Tanto Servicios para afiliados como el sitio web pueden proveerle la información más actualizada acerca de los cambios en los proveedores y farmacias de nuestra red.

Sección 3.3 *Guía de medicamentos recetados* (*Formulario*) del plan

El plan tiene una *Guía de medicamentos recetados* (*Formulario*). Para abreviar, la llamamos "Guía de medicamentos". Le indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en CareBreeze Platinum (HMO C-SNP). Los medicamentos de esta lista están seleccionados por el plan, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Guía de medicamentos de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP).

Además, la Guía de medicamentos le informa si existen normas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Guía de medicamentos. La Guía de medicamentos que le proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos utilizados más habitualmente por nuestros afiliados. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Guía de medicamentos que le proporcionamos. Si alguno de sus medicamentos no está en la Guía de medicamentos, visite nuestro sitio web o contacte a Servicios para afiliados para averiguar si lo cubrimos.

Para obtener la información más completa y actualizada acerca de los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (**www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2023-prescription-drug-guides**) o llamar a Servicios para afiliados.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para CareBreeze Platinum (HMO C-SNP)

Sus costos pueden incluir los siguientes:
- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por afiliación tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) (Sección 4.4)

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

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual separada del plan para CareBreeze Platinum (HMO C-SNP).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos afiliados tienen que pagar otras primas de Medicare

Disminución de prima de la Parte B de Medicare

Como usted sabe, su prima de la Parte B de Medicare se deduce automáticamente de su cheque mensual del Seguro Social. Mientras usted esté inscrito en este plan, CarePlus pagará hasta **$150** de su prima de la Parte B de Medicare. Como resultado, su cheque mensual del Seguro Social se aumentará en esta cantidad. No es necesario completar ningún papeleo para recibir este beneficio. Nosotros nos encargaremos de eso por usted. La parte de la prima de la Parte B de Medicare que paga CarePlus solo se aplica a cualquier cantidad no pagada por Medicaid.

La Administración del Seguro Social podría tardar varios meses en completar el proceso. Esto significa que es posible que no vea el aumento en su cheque del Seguro Social durante varios meses después de la fecha de vigencia de este plan. Los aumentos faltantes serán agregados a su siguiente cheque después de que se haya completado el proceso.

Tenga en cuenta que, si se desafilia de este plan, su beneficio de la prima de la Parte B de Medicare terminará en la fecha de desafiliación. Como mencionamos anteriormente, la Administración del Seguro Social podría tardar varios meses en completar el proceso. Cualquier disminución en la prima que usted reciba después de la desafiliación finalmente será deducida de su cheque del Seguro Social.

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

Sección 4.3 Multa por afiliación tardía de la Parte D

Algunos afiliados deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por afiliación tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que termina su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en que no haya tenido cobertura de la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados. "Cobertura válida para medicamentos recetados" es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare dado que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por afiliación tardía dependerá del tiempo que usted haya permanecido sin cobertura de la Parte D o sin otra cobertura válida para medicamentos recetados. Usted tendrá que pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

Cuando usted se inscribe por primera vez en CareBreeze Platinum (HMO C-SNP), le informamos la cantidad de la multa. Si no paga la multa por afiliación tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

No deberá pagarla si:
- Recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura válida.
- Ha tenido cobertura válida para medicamentos a través de otra fuente, como un patrono anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o su departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es cobertura válida. Se le puede enviar esta información en una carta o incluida en un boletín del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

  - **Tenga en cuenta:** Cualquier notificación debe afirmar que usted tenía cobertura "válida" para medicamentos recetados que se espera que pague la misma cantidad que paga el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
  - **Tenga en cuenta:** Las siguientes *no* son coberturas válidas para medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.

Medicare determina la cantidad de la multa. Funciona de la siguiente manera:

- Si pasó 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados después de haber sido elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si permanece 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare del país en el año anterior. Para 2023, la cantidad promedio de la prima es de **$32.74**.
- Para calcular la multa mensual, se multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego se redondea a los 10 centavos más próximos. En este ejemplo, sería el 14% multiplicado por **$32.74**, que es igual a **$4.58**. Esto se redondea a **$4.60**. Esta cantidad se sumaría a la prima mensual de una persona que tiene una **multa por afiliación tardía de la Parte D**.

Existen tres elementos importantes a tener en cuenta sobre esta multa por afiliación tardía de la Parte D mensual:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **usted continuará pagando una multa** todos los meses durante el tiempo en que esté afiliado a un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.

- Tercero, si usted tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por afiliación tardía de la Parte D volverá a cero cuando usted cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por afiliación tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial por envejecimiento en Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por afiliación tardía de la Parte D, usted o su representante puede solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **en un plazo de 60 días** desde la fecha de la primera carta que recibe en la que se le informe que debe pagar una multa por afiliación tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de afiliarse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de dicha multa por afiliación tardía.

Importante: no deje de pagar la multa por afiliación tardía de la Parte D mientras espera la revisión de la decisión sobre su multa por afiliación tardía. De lo contrario, se le podría desafiliar por no pagar sus primas.

Sección 4.4 Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos

Es posible que algunos afiliados deban pagar un cargo adicional, denominado Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA, por sus siglas en inglés. El cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos ajustados modificados según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de 2 años atrás. Si esta cantidad supera cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad 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 una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan Medicare, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad. La cantidad adicional será retenida de su cheque de beneficio de Seguro Social, la Junta de Jubilación Ferroviaria o la Oficina de Administración de Personal, sin importar la manera en que usted generalmente pague la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional que deba. Si su cheque de beneficio no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, usted recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga la cantidad adicional, se le desafiliará del plan y perderá su cobertura para medicamentos recetados**.

Si no está de acuerdo en que debe pagar una cantidad adicional debido a su ingreso, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Si desea más información acerca de cómo hacerlo, contacte con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778).

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

- Algunos afiliados deben pagar una **multa por afiliación tardía** de la Parte D debido a que no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o debido a que tuvieron un período de 63 días consecutivos o más sin una cobertura "válida" para medicamentos recetados. ("Válida" significa que se espera que la cobertura para medicamentos pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare). Para estos afiliados, la multa por afiliación tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. La cantidad de la prima será la prima mensual del plan más la cantidad de la multa por afiliación tardía de la Parte D.

- Si tiene que pagar la multa por afiliación tardía de la Parte D, el costo de la multa dependerá de cuánto tiempo que usted haya permanecido sin la cobertura de la Parte D o sin otra cobertura válida para medicamentos recetados. El Capítulo 1, Sección 5, explica sobre la multa por afiliación tardía de la Parte D.

- Si tiene una multa por afiliación tardía de la Parte D y no la paga, se le podría desafiliar del plan.

Es posible que algunos afiliados deban pagar un cargo adicional, denominado Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D también conocido como IRMAA, por sus siglas en inglés, por haber tenido hace 2 años un ingreso bruto ajustado modificado por encima de determinada cantidad en su declaración de impuestos del IRS. Los afiliados sujetos a una IRMAA deberán pagar el importe de la prima estándar y este cargo adicional, que se añadirá a su prima. En el Capítulo 1, Sección 6, se explica con mayor detalle la IRMAA.

SECCIÓN 5 Información adicional acerca de su prima mensual

Sección 5.1 Si usted paga una multa por afiliación tardía de la Parte D, existen varias maneras en las que puede pagar la multa

Si usted paga una multa por afiliación tardía de la Parte D, existen cuatro maneras en las que puede pagar la multa.

Su formulario de inscripción tenía una sección para que usted seleccione una opción de pago. Si no seleccionó una opción de pago, recibirá una factura todos los meses. Si desea cambiar la forma de pago de la multa por afiliación tardía, póngase en contacto con Servicios para afiliados.

Si decide cambiar la forma de pago de la multa por afiliación tardía de la Parte D, puede demorar hasta tres meses para que la nueva forma de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de una nueva forma de pago, usted es responsable de asegurarse de que su multa por afiliación tardía de la Parte D se pague a tiempo.

Opción 1: Pagar con cheque

Puede pagar su multa por afiliación tardía de la Parte D directamente a nuestro plan con un cheque o giro postal. Si elige esta opción, usted recibirá una factura mensual.

Asegúrese de seguir estos pasos para que no haya demoras en el procesamiento de sus pagos:
- Haga los cheques pagaderos a CarePlus Health Plans, Inc. También puede usar un giro postal.
- Siempre separe el comprobante de pago de su factura e inclúyalo junto con su pago.
- Escriba su número de identificación de afiliado de CarePlus en su cheque personal o giro postal.
- Si el pago es para varios afiliados, escriba todos los números de identificación de afiliado de CarePlus en el cheque o giro postal.
- Si alguien más está pagando por usted la multa por afiliación tardía de la Parte D, asegúrese de que el nombre de usted y número de identificación de afiliado estén escritos en el cheque.
- No haga cheques pagaderos a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) ni al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de EE. UU.
- Los cheques deben ser recibidos antes de la fecha de vencimiento que aparece en la factura. Envíe los cheques a:

  CarePlus Health Plans, Inc.
  PO Box 933775
  Atlanta, GA 31193-3775

Con la factura se incluye un sobre con nuestra dirección impresa, para su conveniencia.

Llame a Servicios para afiliados si pierde su factura.

Opción 2: Usted puede pagar por débito automático

Usted puede hacer que su multa por afiliación tardía de la Parte D se debite automáticamente de su cuenta de cheques. Llame a Servicios para afiliados para programar el débito automático de la multa por afiliación tardía.

Opción 3: Hacer que su multa por afiliación tardía de la Parte D se debite de su cheque mensual de la Junta de Jubilación Ferroviaria

Puede hacer que la multa por afiliación tardía de la Parte D se debite de su cheque mensual de la Junta de Jubilación Ferroviaria. Puede contactar a Servicios para afiliados para obtener más información sobre cómo pagar su multa por afiliación tardía de esta forma. Estaremos encantados de ayudarle a establecer esta opción.

Opción 4: Hacer que su multa por afiliación tardía de la Parte D se debite de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer que la multa por afiliación tardía de la Parte D se debite de su cheque mensual del Seguro Social. Póngase en contacto con Servicios para afiliados para obtener más información sobre cómo pagar la multa de esta manera. Estaremos encantados de ayudarle a establecer esta opción.

Cambiando la forma en que paga su prima. Si decide cambiar la forma en que paga su prima, su nuevo método de pago puede demorar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, si corresponde, comuníquese con Servicios para afiliados.

Qué hacer si está teniendo dificultades para pagar su multa por afiliación tardía de la Parte D

La multa por afiliación tardía de la Parte D debe estar en nuestra oficina en la fecha límite indicada en la factura. Si se le requiere el pago de una multa por afiliación tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos recetados.

Si está teniendo dificultades para pagar su multa por afiliación tardía de la Parte D a tiempo, póngase en contacto con Servicios para afiliados para ver si podemos referirle a programas que le ayuden con su multa.

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

No. No se nos permite comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si cambia la prima mensual del plan para el próximo año, le informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia desde el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que deba comenzar a pagar o pueda dejar de pagar una multa por afiliación tardía. (Se puede aplicar la multa por afiliación tardía si tuvo un período de 63 días consecutivos o más sin cobertura "válida" para medicamentos recetados). Esto podría suceder si es elegible para el programa "Ayuda adicional" o si pierde la elegibilidad para el programa "Ayuda adicional" durante el año:

- Si actualmente paga la multa por afiliación tardía de la Parte D y es elegible para la "Ayuda adicional" durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde su subsidio por ingresos limitados ("Ayuda adicional"), puede quedar sujeto a la multa por afiliación tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D o sin otra cobertura válida para medicamentos recetados.

Puede obtener más información acerca del programa de "Ayuda adicional" en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de afiliado del plan

Su registro de afiliado tiene la información de su formulario de inscripción, incluso su dirección y su número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan que incluye a su Proveedor de cuidado primario.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener su información personal correcta. **Estos proveedores de la red usan su registro de afiliado para saber qué servicios y medicamentos incluye su cobertura y las cantidades de costos compartidos que le corresponden**. Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos los siguientes cambios:

- Cambio de nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como, por ejemplo, de su patrono, el patrono de su cónyuge, un programa de compensación laboral o Medicaid)
- Si tiene reclamaciones de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si fue admitido en un hogar de ancianos
- Si recibe cuidado médico en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia la persona responsable designada (como, por ejemplo, el cuidador)
- Si está participando de un estudio de investigación clínica (Tenga en cuenta: no es necesario que informe a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero le recomendamos que lo haga)

Si cambia alguna de esta información, llame a Servicios para afiliados para informarnos.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan los otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que recopilemos de usted información acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted pueda tener. Se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios dentro de nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta donde se indica cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea toda la información detenidamente. Si es correcta, no deberá hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no está allí, llame a Servicios para afiliados. Tal vez deba darle a su otro seguro el número de identificación como afiliado de su plan (después de haber confirmado la identidad) para que sus cuentas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal de su patrono), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se conoce como el "pagador primario" y paga hasta el límite de su cobertura. El que paga segundo es el "pagador secundario", y solo paga si queda algún costo pendiente que la cobertura primaria no haya pagado. El pagador secundario podría no pagar todos los costos que no estén cubiertos. Si tiene otro seguro, dígaselo a su médico, hospital y a su farmacia.

Se aplican las siguientes normas para la cobertura grupal en el plan de salud de su patrono o sindicato:

- Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura grupal en el plan de salud proviene de su patrono actual o del patrono actual de un miembro de su familia, quién paga primero dependerá de su edad, la cantidad de empleados que tenga el patrono y si usted tiene Medicare por su edad, por una discapacidad o porque tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):
  - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted o el miembro de su familia todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el patrono tiene 100 o más empleados o si por lo menos es un patrono de un plan de patronos múltiples que tiene más de 100 empleados.
  - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge todavía está trabajando, el plan de salud grupal paga primero si el patrono tiene 20 o más empleados o si por lo menos es un patrono de un plan de patronos múltiples que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare porque padece de Enfermedad renal en etapa terminal, su plan de salud grupal paga primero durante los primeros 30 meses después de que usted se vuelva elegible para Medicare.

Los siguientes tipos de coberturas, por lo general, pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin parte culpable (incluido el seguro de automóvil)
- Seguro de responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios para pulmón negro
- Programa de compensación laboral

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

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) (cómo contactarnos, incluso cómo ponerse en contacto con Servicios para afiliados del plan)

Cómo ponerse en contacto con Servicios para afiliados de nuestro plan

Para recibir ayuda con las reclamaciones, la facturación o si tiene preguntas acerca de la tarjeta de afiliado, llame o escriba a Servicios para afiliados de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP). Será un placer ayudarle.

Método	Servicios para afiliados – Información de contacto
LLAME	1-800-794-5907 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario normal, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil. Además, Servicios para afiliados les proporciona servicios gratuitos de intérpretes de otros idiomas a los afiliados que no hablen inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
FAX	1-800-956-4288
ESCRIBA A	CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Member Services Department P.O. BOX #277810 Miramar, FL 33027
SITIO WEB	**www.careplushealthplans.com/contact-careplus**

Cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura o apelación acerca de su cuidado médico

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos recetados de la parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y el cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado. Si desea más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones acerca de su cuidado médico 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 para el cuidado médico – Información de contacto
LLAME	1-800-794-5907 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario normal, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
FAX	1-888-790-9999
ESCRIBA A	CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Member Services Department P.O. BOX #277810 Miramar, FL 33027
SITIO WEB	**www.careplushealthplans.com/members/org-determination**

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME	1-800-794-5907 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario normal, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
FAX	1-800-310-9071
ESCRIBA A	CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Pharmacy Coverage Determination Review PO BOX #277810, Miramar, FL 33027
SITIO WEB	**www.careplushealthplans.com/members/drug-coverage-determination**

Método	Apelaciones para cuidado médico o medicamentos recetados de la parte D – Información de contacto
LLAME	1-800-794-5907 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario normal, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
FAX	1-800-956-4288
ESCRIBA A	CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Grievance & Appeals Department PO BOX #277810, Miramar, FL 33027
SITIO WEB	**www.careplushealthplans.com/members**

Cómo contactarnos para presentar una queja acerca de su cuidado médico

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluyendo una queja acerca de la calidad del cuidado médico. Este tipo de queja no incluye conflictos con pagos o coberturas. Si desea más información sobre cómo presentar una queja relacionada con su cuidado médico, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja* (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Quejas acerca del cuidado médico – Información de contacto
LLAME	1-800-794-5907 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario normal, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
FAX	1-800-956-4288

Método	Quejas acerca del cuidado médico – Información de contacto
ESCRIBA A	CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Grievance & Appeals Department PO BOX #277810, Miramar, FL 33027
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja acerca de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare en línea, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar la solicitud de pago de la parte del costo que nos corresponde por el cuidado médico o un medicamento que haya recibido

Si ha recibido una factura o pagado por servicios (como una factura de un proveedor) que considera que nosotros debemos pagar, es posible que necesite solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
LLAME	1-800-794-5907 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario normal, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
ESCRIBA A	CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Member Services Department P.O. BOX #277810 Miramar, FL 33027
SITIO WEB	**www.careplushealthplans.com/members**

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

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

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

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial gubernamental de Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. Además, tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. Además, puede buscar la Información de contacto de Medicare en su estado. Asimismo, el sitio web de Medicare tiene información detallada acerca de su elegibilidad y opciones de inscripción en Medicare con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** proporciona información del estado de elegibilidad de Medicare. • **Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare):** proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro suplementario a Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan un *presupuesto* de lo que podrían ser sus gastos de desembolso personal en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga acerca de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP):

Método	Medicare – Información de contacto
SITIO WEB (continuación)	• **Informe a Medicare sobre su queja:** puede presentar una queja acerca de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, vaya a su biblioteca o centro para la tercera edad local donde le ayudarán a consultar el sitio web desde sus computadoras. O puede llamar a Medicare e indicarles la información que está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda e información gratis y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare)

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. La información de contacto del Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) se puede encontrar en el "Anexo A" en la parte final de este documento.

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) es un programa estatal independiente (no tiene conexión con ninguna compañía de seguro o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento local y gratis sobre el seguro médico a las personas con Medicare.

Los asesores del Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, ayudarle a presentar quejas sobre su cuidado médico o tratamiento, y ayudarle a solucionar los problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) además pueden ayudarle con preguntas o problemas con Medicare y ayudarle a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca del cambio de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite *http://es.medicare.gov*
- Haga clic en **"Talk to Someone"** (Hable con alguien) en el centro del sitio inicial
- Ahora tiene varias opciones
  - Opción n.º 1: Puede tener un **chat en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE**
  - Opción n.º 2: Puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en GO (IR). Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

SECCIÓN 4 Organización para el mejoramiento de la calidad

En cada estado existe una Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) designada para prestar servicios a los beneficiarios de Medicare. La información de contacto de su Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) se puede encontrar en el "Anexo A" en la parte final de este documento.

La Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) tiene un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud pagados por Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado médico de las personas con Medicare. La Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) es una organización independiente. No tiene conexión con nuestro plan.

Debe ponerse en contacto con su Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad del cuidado médico recibido.
- Piensa que la cobertura de su hospitalización está terminando demasiado pronto.
- Piensa que la cobertura de los servicios de cuidado médico en el hogar, del centro de enfermería especializada o del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) está terminando demasiado pronto.

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

El Seguro Social es también responsable de determinar quién tiene que pagar una cantidad adicional por su cobertura para medicamentos de la Parte D debido a que tengan ingresos superiores. Si usted recibió una carta del Seguro Social que le dice que usted tiene que pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos bajaron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para pedir la reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección de correo, es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social para informárselo.

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. 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 escuchar la 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 solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 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 federal y estatal que provee ayuda con los costos médicos a algunas personas de recursos e ingresos limitados. Algunas personas con Medicare también reúnen los requisitos para tener Medicaid.

Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como sus primas de Medicare. Dichos "Programas de ahorros de Medicare" incluyen:

- **Beneficiario de Medicare elegible (QMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también reúnen los requisitos para recibir beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare (SLMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también reúnen los requisitos para recibir beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona elegible (QI, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados elegibles (QDWI, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si desea más información acerca de Medicaid y sus programas, póngase en contacto con su oficina estatal de Medicaid. La información de contacto de su oficina estatal de Medicaid se puede encontrar en el "Anexo A" en la parte final de este documento.

SECCIÓN 7 Información acerca de programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

El sitio web de 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) provee información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas para ayudar, descritos a continuación.

Programa "Ayuda adicional" de Medicare

Medicare les proporciona a las personas con ingresos y recursos limitados "Ayuda adicional" para pagar los costos de los medicamentos recetados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su vivienda ni su automóvil. Si es elegible, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual, y los copagos de medicamentos recetados. Esta "Ayuda adicional" también se tendrá en cuenta para sus gastos de desembolso personal.

Si usted es elegible automáticamente para la "Ayuda adicional", Medicare le enviará una carta. Usted no tendrá que inscribirse. Si no es elegible automáticamente para la "Ayuda adicional", es posible que pueda recibir "Ayuda adicional" para pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados. Para saber si es elegible para obtener la "Ayuda adicional", llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o bien
- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si cree que es elegible para la "Ayuda adicional" y cree que está pagando una cantidad de costos compartidos incorrecta al surtir su medicamento recetado en la farmacia, nuestro plan tiene un proceso para usted para pedir ayuda para obtener una prueba sobre cuál es su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la prueba, para que nos la proporcione.

- Si ya tiene un documento que compruebe que es elegible para recibir "Ayuda adicional", también puede mostrarlo la próxima vez que vaya a una farmacia para surtir un medicamento recetado. Puede utilizar cualquiera de los siguientes documentos como prueba ante nosotros, o para mostrarlo como prueba en la farmacia.

Prueba de que usted ya tiene el estado de "Ayuda adicional"

- Una copia de su tarjeta de Medicaid que muestre su nombre y la fecha en la que comenzó a reunir los requisitos para la "Ayuda adicional". La fecha tiene que ser del mes de julio o más tarde del año pasado.
- Una carta de la Administración del Seguro Social que muestre su estado de "Ayuda adicional". Esta carta podría llamarse Información importante, Carta de asignación, Aviso de cambio o Aviso de acción.

- Una carta de la Administración del Seguro Social que muestre que usted recibe Ingreso suplementario de seguridad. Si ese es el caso, usted también es elegible para "Ayuda adicional".

Prueba de que usted tiene el estado activo en Medicaid

- Una copia de cualquier documento estatal o cualquier copia impresa del sistema estatal que muestre su estado activo en Medicaid. La fecha activa mostrada tiene que ser del mes de julio o más tarde del año pasado.

Prueba de pago de Medicaid por una estadía en un centro médico

Su estadía en el centro médico debe ser por lo menos un mes completo, y tiene que ser del mes de julio o más tarde del año pasado.

- Un estado de facturación del centro médico que muestre el pago de Medicaid
- Una copia de cualquier documento estatal o cualquier copia impresa del sistema estatal que muestre el pago de Medicaid para usted

Si muestra por vez primera uno de los documentos enumerados anteriormente como prueba en la farmacia, envíenos una copia también. Envíe el documento a:

CarePlus Health Plans, Inc.
Attention: Member Services Department
P.O BOX #277810,
Miramar, FL 33027.

- Cuando recibamos la prueba que muestre el nivel de su copago, actualizaremos nuestro sistema de manera que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga el próximo medicamento recetado en la farmacia. Si pagó de más por su copago, le reembolsaremos la cantidad correspondiente. Le enviaremos un cheque con la cantidad del sobrepago, o bien deduciremos copagos futuros. Si la farmacia no ha recibido el copago y usted tiene esa deuda, es posible que le paguemos directamente a la farmacia. Si el estado realizó el pago en su nombre, es posible que le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con Servicios para Afiliados de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

¿Qué sucede si usted tiene cobertura del Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)?
¿Qué es el Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que están viviendo con VIH/SIDA y que reúnen los requisitos para el programa ADAP a tener acceso a medicamentos esenciales contra el VIH. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP son elegibles para asistencia para los costos compartidos de los medicamentos recetados a través del ADAP que opera en su estado.

Tenga en cuenta: para reunir los requisitos para el programa ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluidos la prueba de residencia estatal y condición de VIH, bajos ingresos, según lo definido por el estado, y no tener seguro o tener seguro insuficiente. Si cambia de planes, notifique a su trabajador de inscripción de ADAP local para que pueda continuar a recibir asistencia. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP que opera en su estado.

La información de contacto del Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) se puede encontrar en el "Anexo A" en la parte final de este documento.

CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) ofrece cobertura adicional durante el período sin cobertura para insulinas selectas como parte del **Programa de ahorros de insulina**. Durante la etapa del período sin cobertura, sus costos de desembolso directo para insulinas selectas serán **$5-$26** por un suministro de un mes (hasta 30 días). Consulte el Capítulo 6, Sección 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la etapa del período sin cobertura. Tenga en cuenta: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional"). Para averiguar cuáles medicamentos son insulinas selectas, revise la Guía de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente. Puede identificar las insulinas seleccionadas por el indicador "**ISP**" en la Guía de medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Guía de medicamentos, también puede llamar a Atención al cliente (los números de teléfono de Atención al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Su plan también provee cobertura mejorada para insulina, lo cual quiere decir que usted pagará no más de $35 por un suministro de un mes (hasta 30 días) para todas las insulinas de la Parte D cubiertas por nuestro plan, incluyendo insulinas selectas, sin importar en cuál nivel de costo compartido se encuentre. La cobertura mejorada para insulina está disponible, incluso si recibe “Ayuda Adicional.”

SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación Ferroviaria

La Junta de Jubilación Ferroviaria es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores de ferrocarriles de la nación y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación Ferroviaria, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección de correo. Si tiene preguntas acerca de los beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, póngase en contacto 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", podrá hablar con un representante de la RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Si presiona "1", podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada de la RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con 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 de salud de un patrono?

Si usted (o su cónyuge) recibe los beneficios del grupo de su patrono o de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del patrono o sindicato, o a Servicios para afiliados si tiene alguna pregunta. Puede solicitar información acerca de sus beneficios de salud, primas o período de inscripción de su patrono (o el de su cónyuge) o para jubilados. (Los números de teléfono de Servicios para afiliados 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 alguna pregunta sobre su cobertura de Medicare bajo este plan.

Si tiene otra cobertura para medicamentos recetados a través del grupo de su patrono o de jubilados (o el de su cónyuge), póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios le puede ayudar a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:
Uso del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber para obtener cuidado médico como afiliado de nuestro plan

Este capítulo le explica lo que debe saber para usar el plan de manera que su cuidado médico esté cubierto. Le provee definiciones de términos y le explica las normas que deberá seguir para recibir los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados y otros cuidados médicos cubiertos por el plan.

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

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

- Los **"proveedores"** son médicos y otros profesionales del cuidado de la salud autorizados por el estado para proveer servicios y cuidado médico. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de cuidado de la salud.
- Los **"proveedores de la red"** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad que usted paga de costos compartidos como pago total. Hemos coordinado que estos proveedores brinden los servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente el cuidado médico que le proveen a usted. Cuando usted consulta a un proveedor de la red, paga solo la parte del costo que le corresponde de los servicios.
- Los **"servicios cubiertos"** incluyen todo el cuidado médico, los servicios de cuidado de la salud, los suministros, el equipo y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos para cuidado médico se listan en la tabla de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener el cuidado médico cubierto por el plan

Como plan de salud de Medicare, CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare original y debe cumplir con las normas de cobertura de Medicare original.

CareBreeze Platinum (HMO C-SNP), por lo general, cubrirá su cuidado médico siempre y cuando:

- **El cuidado médico que reciba esté incluido en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **El cuidado médico que reciba se considere necesario por razones médicas.** "Necesarios por razones médicas" significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tenga un proveedor de cuidado primario (PCP) de la red que le provea y supervise su cuidado médico.** Como afiliado de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).

- En la mayoría de las situaciones, es posible que su PCP de la red necesite darle su aprobación previa antes de poder usar a otros proveedores de la red del plan, como por ejemplo especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de cuidado de la salud en el hogar. Esto se llama dar un "referido". Si desea más información, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.

- No se necesitan referidos de su PCP para recibir cuidado médico en casos de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia. Además, existen otras clases de cuidado médico que puede recibir sin necesitar la aprobación previa de su PCP (para obtener más información, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).

- **Debe recibir cuidado médico de un proveedor de la red** (para obtener más información, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, el cuidado médico que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan) no estará cubierto. Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios proporcionados. *Estas son tres excepciones:*

  - El plan cubre los servicios de cuidado médico en casos de emergencia o que se necesitan con urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para saber qué significa servicios en caso de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.

  - Si necesita cuidado médico que Medicare requiere que sea cubierto por nuestro plan pero no hay especialistas en nuestra red que provean este cuidado, puede recibirlo de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Usted debe obtener autorización del plan antes de buscar cuidado médico de un proveedor fuera de la red. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si hubiera obtenido cuidado médico de un proveedor de la red. Si desea más información acerca de la obtención de aprobación para consultar un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.

  - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio esté temporalmente no disponible o inaccesible. Los costos compartidos que usted paga al plan por diálisis nunca pueden superar los costos compartidos en Medicare original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede superar el costo compartido que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted opta por 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 Uso de los proveedores de la red del plan para recibir cuidado médico

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) para proveer y supervisar su cuidado médico

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

Cuando usted se inscribe como afiliado de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su proveedor de cuidado primario. Su proveedor de cuidado primario es un proveedor que reúne los requisitos estatales y que está capacitado para brindarle cuidado médico básico. Su *Directorio de proveedores* le indicará qué

proveedores pueden actuar como su proveedor de cuidado primario. Como explicamos a continuación, su PCP le brindará cuidado médico rutinario o básico. Su PCP también puede coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como afiliado del plan. Por ejemplo, para ver a un especialista de la red, por lo general, usted primero necesita obtener la aprobación de su PCP (esto se llama obtener un "referido" para un especialista).

Esto incluye:

- Radiografías
- Pruebas de laboratorio
- Terapias
- Cuidado de médicos especialistas
- Admisiones hospitalarias
- Cuidado de seguimiento

"Coordinar" sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan acerca de su cuidado médico y sobre cómo está funcionando. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos por proveedores de la red, debe obtener una aprobación por adelantado de su PCP (como darle un referido). En algunos casos, su PCP deberá obtener la autorización previa (aprobación previa). El Capítulo 4 tiene más información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Debido a que su PCP puede proveer y coordinar su cuidado médico, usted debe hacer que se envíen todos sus expedientes médicos anteriores al consultorio de su PCP. El Capítulo 8 le informa cómo protegeremos la privacidad de sus expedientes médicos y la información personal sobre su salud.

¿Cómo recibe cuidado médico de su PCP?

Por lo general, verá primero a su PCP para la mayoría de sus necesidades de cuidado rutinario de la salud. Sin embargo, hay algunos tipos de servicios cubiertos que usted puede recibir por su propia cuenta, sin contactar primero a su PCP. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.2, para obtener más información.

Si es después del horario laborable y usted tiene una necesidad de cuidado médico rutinario, vuelva a llamar a su PCP durante el horario laborable. Si usted tiene una emergencia o si tiene una necesidad urgente de cuidado médico después del horario laborable, consulte las Secciones 3.1 o 3.2 en este capítulo.

¿Cómo puede elegir a su PCP?

Al momento de su inscripción, revisó un *Directorio de proveedores* del plan para ayudarle a elegir el PCP que usted desee. El PCP que usted eligió aparecerá en su formulario de inscripción. Si se inscribió en **www.careplushealthplans.com**, fue dirigido al *Directorio de proveedores* del plan en línea para seleccionar al PCP que usted desee. Puede cambiar de PCP en cualquier momento (como se explica más adelante en esta sección). Si hay un especialista u hospital del plan en particular que desea utilizar, verifique primero para asegurarse de que su PCP dé referidos a dicho especialista, o utilice ese hospital. El nombre y número de teléfono del consultorio de su PCP aparecen en su tarjeta de identificación de afiliado.

Cambio de su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje de pertenecer a la red de proveedores de nuestro plan por lo que tendría que buscar un nuevo PCP.

Las solicitudes de cambio que se reciban a más tardar el día 21 del mes generalmente entrarán en vigencia el primer día del siguiente mes. Para cambiar de PCP, llame a Servicios para afiliados.

Cuando llame, asegúrese de informar a Servicios para afiliados si está consultando a algún especialista o si está recibiendo otro servicio cubierto que necesitó la aprobación de su PCP (como servicios de cuidado de la salud en el hogar y equipo médico duradero). Servicios para afiliados le ayudará a garantizar que cuando cambie de PCP pueda seguir recibiendo el cuidado especializado y los demás servicios que ha estado recibiendo. Ellos además verificarán que el PCP al que usted desea cambiarse esté aceptando nuevos pacientes. Servicios para afiliados cambiará su registro de afiliación para que aparezca el nombre de su nuevo PCP, y le informará cuándo entrará en vigencia el cambio de su nuevo PCP.

Además, le enviarán una nueva tarjeta de afiliado donde aparezca el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de cuidado médico puede recibir sin un referido de su PCP?

Puede recibir los servicios que se indican a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Cuidado de la salud rutinario para la mujer, que incluye exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la influenza, vacunas contra el COVID-19 y vacunas neumocócicas siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios en casos de emergencia que reciba de proveedores de la red o fuera de la red
- Los servicios que se necesitan con urgencia son servicios cubiertos que no son servicios en casos de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, cuando necesita cuidado inmediato durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y necesarios por razones médicas.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si fuera posible, llame a Servicios para afiliados antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar el servicio de diálisis de mantenimiento para usted mientras se encuentre en otro lugar).
- Todos los servicios preventivos cubiertos que reciba de proveedores de la red. Estos servicios se indican con una en la tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.
- Servicios de dermatología que reciba de un proveedor de la red
- Servicios quiroprácticos que reciba de un proveedor de la red
- Servicios de podología que reciba de un proveedor de la red
- Beneficios suplementarios cubiertos por el plan. Estos servicios se indican con un asterisco (*) en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 2.3 Cómo obtener cuidado médico de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que provee servicios de cuidado de la salud para una enfermedad o parte del cuerpo en particular. Existen muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Cuando su PCP cree que usted necesita tratamiento especializado, él/ella puede darle un referido para consultar a un especialista o a ciertos otros proveedores en la red del plan. Si a usted lo está atendiendo un especialista de la red, es posible que necesite regresar a su PCP para que le dé un referido para recibir servicios adicionales.

Para ciertos tipos de servicios, es posible que su PCP necesite recibir la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se llama obtener la "autorización previa"). Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Es muy importante obtener un referido (la aprobación por adelantado) de su PCP antes de consultar a un especialista o a ciertos otros proveedores en la red del plan (hay unas pocas excepciones, entre las que se incluye el cuidado de la salud femenina que explicamos anteriormente en esta sección). **Si usted no obtiene un referido (la aprobación por adelantado) antes de recibir los servicios de un especialista de la red, es posible que usted mismo deba pagar por dichos servicios. Si el especialista de la red quiere que usted regrese para recibir más cuidado médico, verifique primero para asegurarse de que el referido (la aprobación por adelantado) que le dio su PCP para la primera visita cubra más visitas.**

Si hay algún especialista en particular en la red del plan que usted desee utilizar, verifique si su PCP hace referidos de pacientes a dicho especialista. Cada PCP del plan tiene ciertos especialistas de la red que usa para hacer sus referidos. Esto significa que el PCP que usted seleccione puede determinar los especialistas que usted puede ver. Por lo general, usted puede cambiar su PCP en cualquier momento si desea consultar a un especialista de la red al que su PCP actual no puede referirlo. Anteriormente en esta sección, bajo "Cambio de su PCP", le explicamos cómo cambiar su PCP. Si hay hospitales en particular que desea utilizar, debe verificar primero si su PCP, o los médicos que usted va a consultar, utilizan estos hospitales.

Si necesita cuidado hospitalario, cubriremos estos servicios para usted. Los servicios cubiertos se listan en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, bajo el título “Cuidado hospitalario a pacientes internados". Usamos “hospital" para referirnos a un centro médico certificado por el programa de Medicare y autorizado por el estado para proveer servicios para pacientes internados y ambulatorios, así como servicios terapéuticos y de diagnóstico. El término "hospital" no incluye centros que provean principalmente cuidado personal no médico (como hogares de ancianos y de reposo convalecientes). Por “cuidado personal no médico” nos referimos a ayuda para bañarse, vestirse, usar el baño, comer y otras actividades de la vida cotidiana. Excepto en caso de emergencia, su PCP o especialista coordinará su admisión en el hospital.

Para ver una lista de hospitales de la red, consulte el *Directorio de proveedores*. Es posible que su médico no conceda admisiones en todos los hospitales de la red. Pregunte a su médico para verificar en cuáles hospitales él/ella tiene privilegios.

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

Es posible que hagamos cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que resumimos a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare nos exige proveerle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas acreditados.
- Haremos todo lo posible de buena fe para informarle al menos con 30 días de anticipación que su proveedor va a abandonar nuestro plan para que usted tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos en la selección de un nuevo proveedor acreditado para que siga administrando sus necesidades del cuidado de la salud.
- En caso de que usted esté recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento que está recibiendo por razones médicas no sea interrumpido, y nosotros vamos a trabajar con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si nuestra red no cuenta con un especialista acreditado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio al costo compartido dentro de la red cuando el servicio es recibido de un especialista fuera de la red. Se requiere autorización previa para que el servicio sea cubierto.
- Si usted se entera de que su médico o especialista va a abandonar su plan, contáctenos para que podamos ayudarle a buscar un nuevo proveedor para administrar su cuidado médico.
- Si cree que no le hemos provisto un proveedor acreditado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuidado médico no está siendo administrado debidamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad del cuidado ante la QIO, una queja formal sobre la calidad del cuidado ante el plan, o ambas cosas. Consulte el Capítulo 9.

Póngase en contacto con Servicios para afiliados al 1-800-794-5907, TTY 711 para obtener ayuda en la selección de un nuevo proveedor acreditado para que siga administrando sus necesidades de cuidado de la salud.

Sección 2.4 Cómo obtener cuidado médico de proveedores fuera de la red

Su PCP de la red o su plan debe darle aprobación por adelantado antes de que usted pueda consultar a proveedores que no pertenecen a la red del plan. Esto se llama darle un “referido”. Si desea más información acerca de esto y las situaciones en que puede consultar a un proveedor fuera de la red sin referido (como un caso de emergencia), consulte las Secciones 2.2 y 2.3 de este capítulo. Si usted no obtiene un referido (la aprobación por adelantado) antes de recibir los servicios de un proveedor fuera de la red, es posible que usted mismo deba pagar por dichos servicios.

Para ciertos tipos de servicios, es posible que su médico necesite recibir la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se llama obtener la “autorización previa”). Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener más información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Es mejor pedirle al proveedor fuera de la red que antes envíe la factura al plan. Pero, si usted ya pagó por los servicios cubiertos, nosotros le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos. O si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted considera que nosotros debemos pagar, puede enviarnos la factura para que nosotros la paguemos. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información acerca de cómo proceder si recibe una factura o si necesita solicitar el reembolso.

Tenga en cuenta: Los afiliados tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios en casos de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia. Además, los planes deben cubrir los servicios de diálisis para los afiliados con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) que han viajado fuera del área de servicio del plan y no pueden acceder a los proveedores de cuidado para ESRD contratados.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en casos de emergencia o cuidado médico que se necesita con urgencia o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo obtener cuidado médico en caso de una emergencia médica

¿Qué es una "emergencia médica" y qué debe hacer en caso de que ocurra?

Una **"emergencia médica"** es cuando usted, o cualquier otra persona lega prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren cuidado médico inmediato para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad, o la pérdida o la generación de una disfunción grave en una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda médica lo antes posible.** Llame al 911 para recibir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia, si fuera necesario. *No* necesita obtener una aprobación o referido previo de su PCP. No es necesario que utilice un médico de la red. Puede recibir cuidado médico de emergencia cubierto cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Asegúrese lo antes posible de que nuestro plan haya sido informado acerca de su emergencia.** Necesitamos realizar el seguimiento posterior del cuidado médico de emergencia. Usted u otra persona deberá llamar para informarnos acerca del cuidado médico de emergencia, generalmente dentro de las siguientes 48 horas. Llame a Servicios para afiliados al número de teléfono que está impreso en la contraportada de este manual.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

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

Los médicos que le proveen cuidado médico de emergencia decidirán el momento en que su condición esté estable y la emergencia médica haya finalizado.

Después de que la emergencia haya finalizado, tiene derecho a recibir cuidado de seguimiento para garantizar que su condición siga estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y se hagan planes de cuidado médico adicional. El cuidado de seguimiento está cubierto por nuestro plan.

Si recibe cuidado médico de emergencia de un proveedor fuera de la red, intentaremos coordinar que proveedores de la red se encarguen de su cuidado médico en cuanto su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

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

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era un caso de emergencia, cubriremos cuidado médico adicional *solo* si obtiene el cuidado médico adicional de una de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para obtener el cuidado médico adicional.
- – *o* – El cuidado médico adicional que reciba se considere "servicios que se necesitan con urgencia" y usted sigue las normas para obtener estos servicios de urgencia (para obtener más información, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener servicios que se necesitan con urgencia

¿Qué son los "servicios que se necesitan con urgencia"?

Un servicio que se necesita con urgencia es una situación que no es de emergencia y que requiere cuidado médico inmediato pero dadas sus circunstancias, no es posible o razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios que se necesitan con urgencia provistos fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son i) un dolor de garganta grave que ocurre durante el fin de semana o ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

El *Directorio de proveedores* del plan le informará acerca de qué centros médicos en su área están dentro de la red. Esta información también se puede encontrar en línea en **www.careplushealthplans.com/directories.** Para cualquier otra pregunta con respecto a los servicios que se necesitan con urgencia, póngase en contacto con Servicios para afiliados.

Nuestro plan cubre servicios de cuidado médico en casos de emergencia y cuidado de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias. Si necesita cuidado médico en casos de emergencia o cuidado de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar por adelantado los servicios prestados y de solicitarnos el reembolso correspondiente. Le reembolsaremos por servicios cubiertos de cuidado de urgencia y cuidado médico en casos de emergencia fuera de la red que usted reciba fuera de los EE. UU. y sus territorios, a tarifas que no superen las tarifas que Medicare original pagaría por dichos servicios si los servicios se hubieran prestado en los Estados Unidos en la localidad donde usted reside. La cantidad que le paguemos, si corresponde, se reducirá por cualquier costo compartido aplicable. Debido a que reembolsaremos a tarifas que no superen las tarifas que Medicare original reembolsaría, y a que los proveedores extranjeros podrían cobrar por sus servicios cantidades superiores a las tarifas que Medicare original pagaría, el total de nuestro reembolso más los costos compartidos aplicables podría ser inferior a las cantidades que usted pague al proveedor extranjero. Este es un beneficio suplementario que generalmente no está cubierto por Medicare. Deberá enviar un comprobante de pago CarePlus para obtener un reembolso. Consulte el Capítulo 4 *(Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*) para obtener más información. Si usted ya pagó por los servicios cubiertos, nosotros le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos. Puede enviarnos la factura junto con los expedientes médicos para que consideremos el pago. Consulte el Capítulo 7 *(Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos)* para obtener información acerca de cómo proceder si recibe una factura o si necesita solicitar el reembolso.

Sección 3.3 Cómo obtener cuidado médico durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir cuidado médico de su plan.

Visite el siguiente sitio web: **es.careplushealthplans.com/alert** para obtener información sobre cómo obtener el cuidado médico necesario durante un desastre.

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener cuidado de proveedores fuera de la red a los costos compartidos 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 le facturan directamente el costo total de los servicios?

Sección 4.1 Puede solicitarnos el pago de la parte del costo que nos corresponde de los servicios cubiertos

Si pagó más que 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 el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información acerca de cómo proceder.

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

CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) cubre todos los servicios necesarios por razones médicas según se detallan en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficio, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado por completo el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Pagar los costos una vez que se haya alcanzado un límite de beneficio **no** se tendrá en cuenta para calcular su cantidad máxima de desembolso personal. Puede llamar a Servicios para afiliados cuando desee saber cuánto ha utilizado de su límite de beneficio.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando se encuentra en un "estudio de investigación clínica"?

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?

Un estudio de investigación clínica (también llamado un "ensayo clínico") es la manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de cuidado médico, como el grado de eficacia de un nuevo medicamento para tratar el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese interés, alguien que trabaja en el estudio le contactará para explicarle más acerca del estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que dirigen el estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos del estudio *y* comprenda y acepte por completo lo que implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare original pagará la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si usted nos informa que está en un ensayo clínico elegible, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó la cantidad del costo compartido de Medicare original, 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 forme parte de un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto del cuidado médico (el cuidado que no esté relacionado con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita hacérnoslo saber ni obtener nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que le brindan cuidado médico como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan participar de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque 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 elegibles según Medicare.

Si usted participa en un estudio *no* aprobado por Medicare o nuestro plan, *usted será responsable del pago de todos los costos de su participación en el estudio.*

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

Cuando participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare original cubre los artículos y servicios rutinarios que reciba como parte del estudio de investigación, lo que incluye:

- Alojamiento y comida por la hospitalización que Medicare pagaría incluso si no formara parte de un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones del nuevo cuidado médico.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos en Medicare original y sus costos compartidos dentro de la red como afiliado de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que lo que pagaría si recibiera dichos servicios por parte de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar

documentación que muestre qué cantidad de costo compartido pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información acerca del envío de solicitudes de pago.

A continuación, se muestra un ejemplo del funcionamiento de los costos compartidos: supongamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte de los costos de dicha prueba es de $20 dentro de Medicare original, pero la prueba sería de $10 dentro de los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare original pagaría $80 por la prueba, y usted pagaría el copago de $20 requerido según Medicare original. Luego usted notificaría a su plan que recibió un servicio de un ensayo clínico elegible y enviaría al plan documentación como una factura del proveedor. El plan luego le pagaría $10 directamente a usted. Por lo tanto, su pago neto es de $10, que es la misma cantidad que pagaría dentro 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 lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no* formara parte del estudio.
- Los artículos o servicios que le provean solo para recopilar datos, y no se utilicen para el cuidado directo de su salud. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica normalmente requiere solo una.

¿Desea saber más?

Puede obtener más información acerca de la participación en un estudio de investigación clínica visitando 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), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener cuidado cubierto en una "institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud"

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

Una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud es un centro que provee cuidado para una afección que comúnmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado médico en un hospital o centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas del afiliado, en su lugar nuestro plan proveerá cobertura por el cuidado en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Este beneficio solo se provee para los servicios de paciente internado de la Parte A (servicios de cuidado no médico de la salud).

Sección 6.2 Recibir cuidado de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Para recibir cuidado de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, deberá firmar un documento legal que exprese que usted se opone por motivos de conciencia a recibir tratamiento médico "no exceptuado".

- El tratamiento o el cuidado médico "no exceptuado" es cualquier cuidado médico o tratamiento *voluntario* y *no requerido* por ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico "exceptuado" es el cuidado médico o el tratamiento que recibe que *no* es voluntario o que *se requiere* por ley federal, estatal o local.

Para tener cobertura del plan, el cuidado que reciba de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que provea el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura del plan para los servicios que reciba está limitada a los aspectos *no religiosos* del cuidado.
- Si recibe servicios de esta institución que se provean en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de cuidado hospitalario a pacientes internados o cuidado en un centro de enfermería especializada.
  - *– y –* Debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su estadía no será cubierta.

Se aplican límites de cobertura hospitalaria para pacientes internados de Medicare (consulte la Tabla de beneficios de Medicare en el Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

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

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar. Algunos artículos, como las prótesis, siempre pertenecen al afiliado. En esta sección, analizamos otros tipos de equipo médico duradero que usted debe alquilar.

En Medicare original, las personas que alquilen determinados tipos de equipo médico duradero serán dueñas del equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como afiliado de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP), por lo general, no será dueño de artículos de equipo médico duradero alquilados independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea afiliado de nuestro plan aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de equipo médico duradero (DME, por sus siglas

en inglés) bajo Medicare original antes de afiliarse a nuestro plan. Bajo determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos a usted la posesión del artículo de equipo médico duradero. Llame a Servicios para afiliados.

¿Qué sucede con los pagos que realizó para equipo médico duradero si cambia a Medicare original?

Si no adquirió la posesión del artículo de equipo médico duradero mientras era afiliado de nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos cuando cambie a Medicare original a fin de obtener la posesión del mismo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Usted hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo de Medicare original y luego se afilió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Medicare original no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: Usted hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo de Medicare original y luego se afilió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan pero no obtuvo la titularidad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Medicare original. Deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos para adquirir el artículo una vez que se inscriba de nuevo en Medicare original. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare original) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

¿Qué beneficios de oxígeno tiene derecho a recibir?

Si es elegible para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si abandona el plan CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) o ya no necesita equipos de oxígeno por razones médicas, el equipo de oxígeno debe devolverse.

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

Medicare original requiere 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 oxígeno). Después de cinco años puede optar por permanecer en la misma compañía o ir a otra compañía. En este momento, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si usted permanece en la misma compañía, lo que le obliga a pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:
Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Entienda sus gastos de desembolso personal de los servicios cubiertos

Este capítulo incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como afiliado de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP). Más adelante en este capítulo, podrá encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. También explica las limitaciones en determinados servicios. Además, consulte las exclusiones y limitaciones concernientes a ciertos beneficios suplementarios en la tabla de este capítulo.

Sección 1.1 Tipos de gastos de desembolso personal que puede pagar por sus servicios cubiertos

Para comprender la información de los pagos que se menciona en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos de desembolso personal que puede pagar por sus servicios cubiertos.

- El **"copago"** es la cantidad fija que paga cada vez que recibe un determinado servicio médico. Usted paga el copago al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le provee más información acerca de sus copagos).
- El **"coseguro"** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted paga el coseguro al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le provee más información acerca de su coseguro).

La mayoría de las personas elegibles para Medicaid o para el programa Beneficiario de Medicare elegible (QMB, por sus siglas en inglés) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de mostrar una prueba de su elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos por las Partes A y B de Medicare?

Como usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite a la cantidad total que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Este límite se llama cantidad máxima de desembolso personal (MOOP, por sus siglas en inglés) para servicios médicos. Para el año calendario 2023, esta cantidad es de **$3,400**.

Las cantidades que usted paga de copagos y coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para esta cantidad máxima de gastos de desembolso personal. Las cantidades que usted paga por cualquier multa por afiliación tardía y los medicamentos recetados de la Parte D no se tienen en cuenta para su cantidad máxima de gastos de desembolso personal. Además, las cantidades que usted paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para su cantidad máxima de gastos de desembolso personal. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza su cantidad máxima de gastos de desembolso personal de **$3,400**, no deberá pagar más de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos por las Partes A y B dentro de la red. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o terceros paguen su prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le envíen una "factura de saldos"

Como afiliado de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP), una protección importante para usted es que solo debe pagar su cantidad de costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, llamados "facturación del saldo". Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Esta protección funciona de la siguiente manera.

- Si sus costos compartidos son un copago (una cantidad en dólares establecida, por ejemplo, $15.00), usted paga solo esa cantidad por cualesquiera servicios cubiertos por parte de un proveedor de la red.
- Si sus costos compartidos son un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, el costo que le corresponde depende del tipo de proveedor que consulte:
  - Si recibe los servicios cubiertos por parte de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo que se determina en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe los servicios cubiertos por parte de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando usted recibe un referido o para emergencias o servicios que se necesitan con urgencia).
  - Si recibe los servicios cubiertos por parte de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando usted recibe un referido o para emergencias o servicios que se necesitan con urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha "facturado el saldo", llame a Servicios para afiliados.

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

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como afiliado del plan

La Tabla de beneficios médicos que se encuentra en las páginas siguientes enumera los servicios que cubre CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. La cobertura para medicamentos recetados de la Parte D está en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben ser provistos según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.

- Los servicios (entre ellos, cuidado médico, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser necesarios por razones médicas. "Necesarios por razones médicas" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Usted recibe su cuidado médico de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá el cuidado médico que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que sea cuidado de emergencia o de urgencia o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya hecho un referido. Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios proporcionados.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (un PCP, por sus siglas en inglés) que le provee y supervisa su cuidado médico. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle su aprobación por adelantado antes de que usted pueda consultar a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama darle un "referido".
- Algunos de los servicios que se detallan en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene aprobación por adelantado (algunas veces se llama "autorización previa") de nosotros. En la Tabla de beneficios médicos se señalan los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado con una nota al pie. Además, los siguientes servicios que no se enumeran en la Tabla de beneficios requieren autorización previa:
  - Abdominoplastia
  - Ablación (hueso, cardíaca, hígado, riñón, próstata, vena)
  - Desfibriladores cardioversores implantables automáticos (AICD, por sus siglas en inglés)
  - Cabestrillos de vejiga
  - Blefaroplastia
  - Biopsia de cáncer de mama
  - Procedimientos en mamas
  - Mastectomía parcial
  - Inyecciones de toxina botulínica
  - Angiografía cardiovascular por tomografía computarizada (CCTA, por sus siglas en inglés)
  - Cateterizaciones cardíacas
  - Implantes cardíacos
  - Terapia de resincronización cardíaca
  - Terapia de células T con receptores de antígeno quimérico (CAR-T, por sus siglas en inglés)
  - Ensayos clínicos
  - Implantes cocleares y de tronco cerebral
  - Escaneo por tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés)

- Descompresión del nervio periférico (es decir, cirugía del túnel carpiano)
- Esofagogastroduodenoscopia (EGD, por sus siglas en inglés) de diagnóstico o esofagoscopia
- Camas eléctricas
- Terapia electroconvulsiva (ECT, por sus siglas en inglés)
- Electrofisiología (EPS, por sus siglas en inglés) o EPS con mapeo 3D
- Tecnología emergente/Nuevas indicaciones de tecnología existente
- Inyecciones epidurales (solo para pacientes ambulatorios)
- Inyecciones en las facetas
- Cirugías de pies: Bunionectomía y dedo en martillo
- Bisturí de rayos gama o ciber bisturí
- Estimulación gástrica
- Chalecos de compresión torácica de alta frecuencia
- Cuidado de la salud en el hogar/infusión en el hogar
- Terapia hiperbárica
- Pruebas y tratamiento de la infertilidad
- Registradores de bucle
- Biopsia y resección de cáncer de pulmón
- Cuidado por maternidad - rutinario
- Angiograma por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés)
- Imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés)
- Diagnóstico molecular/exámenes genéticos
- Imágenes de perfusión miocárdica por tomografía computarizada de emisión monofotónica (MPI SPECT, por sus siglas en inglés)
- Terapia de presión negativa para heridas (NPWT, por sus siglas en inglés)
- Neuroestimuladores
- Ventiladores de uso domiciliario no invasivos
- Prueba de esfuerzo nuclear
- Cirugías para la obesidad

- Cirugías orales, ortognáticas y de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés)
- Cirugías ortopédicas (artroscopia de cadera, rodilla y hombro)
- Otoplastia
- Angioplastia coronaria/colocación de stent ambulatoria
- Ecocardiograma transtorácico ambulatorio (TTE, por sus siglas en inglés)
- Bomba de infusión de analgésicos
- Paniculectomía
- Cierre de defecto septal atrial (ASD, por sus siglas en inglés) y del agujero oval persistente (PFO, por sus siglas en inglés)
- Implante peniano
- Revascularización periférica (aterectomía, angioplastia)
- Escaneo de tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés)/Registro PET Oncológico Nacional de los Estados Unidos (NOPR, por sus siglas en inglés)
- Cirugía de próstata (Prostatectomía)
- Rinoplastia
- Mastectomía simple y cirugía de ginecomastia
- Escaneo por tomografía computarizada de emisión monofotónica (SPECT, por sus siglas en inglés)
- Sustitutos de piel y tejidos
- Colchones especiales
- Cirugía espinal (fusión vertebral, otras cirugías de descompresión, cifoplastia, vertebroplastia)
- Dispositivos de estimulación (crecimiento óseo, neuromuscular, medular)
- Cirugía para apnea obstructiva del sueño
- Procedimientos endoscópicos de los senos paranasales/nasales quirúrgicos y sinuplastia con balón (excluye endoscopias nasales/senos paranasales de diagnóstico)
- Cirugías tiroideas (tiroidectomía y lobectomía tiroidea)
- Cirugías de válvulas transcatéter (TMVR, TAVR/TAVI y MitraClip)
- Estimulación magnética transcraneal (TMS, por sus siglas en inglés)
- Ecocardiograma transesofágico (TEE, por sus siglas en inglés)
- Uvulopalatofaringoplastia (UPPP, por sus siglas en inglés)

- Vena varicosa: Tratamiento quirúrgico y escleroterapia
- Dispositivos cardíacos portátiles (p. ej., LifeVest®)
- Scooters eléctricos/sillas de ruedas

Otras cosas importantes que debe saber acerca de nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare original. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que lo que usted pagaría en Medicare original. Por otros, usted paga *menos*. (Si desea saber más acerca de la cobertura y los costos de Medicare original, consulte su manual *Medicare y usted 202*3. Puede verlo en línea en www.medicare.gov o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar una copia, las 24 horas del día, los siete 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 dentro del Medicare original, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si además recibe tratamiento o control de una afección médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el costo compartido del plan por el cuidado recibido para la afección médica existente.
- Si Medicare añade cobertura para nuevos servicios durante 2023, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de 1 mes de elegibilidad continua de hecho de nuestro plan, continuaremos brindando todos los beneficios cubiertos por el plan y sus cantidades de costos compartidos no cambiarán durante este período.

Información importante sobre beneficios para afiliados con determinadas afecciones crónicas:

- Si un proveedor del plan le diagnostica alguna de las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y usted cumple con ciertos criterios médicos, podría ser elegible para otros beneficios suplementarios específicos y/o para una reducción específica del costo compartido:
  - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
  - Para ser elegibles, los afiliados deben participar en el programa de apoyo para inhaladores para EPOC.
- Para obtener más información, consulte la fila "Ayuda con ciertas afecciones crónicas" en la Tabla de beneficios médicos a continuación.

Información importante sobre los beneficios para todos los afiliados que participan en los servicios de Planificación del cuidado de la salud y el bienestar (WHP, por sus siglas en inglés)

- Usted es elegible para los siguientes servicios de WHP, incluidos los servicios de planificación anticipada del cuidado (ACP, por sus siglas en inglés):
  - Documentar lo que es importante para usted es esencial para recibir el cuidado que desea cuando esté demasiado enfermo para hablar por sí mismo.
  - Como afiliado de CarePlus, usted tiene acceso a un recurso en línea de planificación anticipada del cuidado llamado MyDirectives®. Este recurso le ayuda a crear instrucciones anticipadas donde puede combinar los elementos de un:
    > Testamento en vida
    > Poder legal médico

> Formulario de no intentar reanimación
> Formulario de donación de órganos

- Puede crear su propio plan de cuidado digital en MyDirectives® e incluso incluir archivos de video y audio. Si ya tiene preparados estos documentos, puede guardarlos y compartirlos aquí. MyDirectives® está disponible para usted y sus proveedores médicos designados las 24 horas del día, los siete días de la semana. Puede añadir información nueva en cualquier momento a medida que su estado de salud o sus deseos cambien.

- Para comenzar, visite www.careplushealthplans.com y explore nuestros recursos de planificación anticipada del cuidado.

- Además, si cumple con ciertas condiciones de salud ahora o su estado de salud cambia en el futuro, CarePlus se comunicará con usted. Un médico clínico o trabajador social le proporcionará apoyo para asegurarse de que usted cuente con instrucciones anticipadas y que pueda compartirlas con sus familiares y médicos. La participación en cualquier programa que incluya la Planificación de cuidado de la salud y bienestar o la Planificación anticipada del cuidado es voluntaria y usted puede rechazar los servicios en cualquier momento.

Información importante sobre los beneficios para afiliados con afecciones crónicas.

- Si se le diagnostica alguna de las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y usted cumple con ciertos criterios, podría ser elegible para recibir beneficios suplementarios especiales por enfermedad crónica.

  – Los afiliados con diagnóstico de una o más de las siguientes afecciones y que son elegibles para participar en servicios de coordinación del cuidado de la salud pueden recibir beneficios adicionales a través de Flexible Care Assistance.
    > Dependencia crónica del alcohol y otras drogas
    > Ciertos trastornos autoinmunes
    > Cáncer, excluidas las afecciones precancerosas o estado in situ
    > Ciertos trastornos cardiovasculares
    > Insuficiencia cardíaca congestiva
    > Demencia
    > Diabetes mellitus
    > Enfermedad hepática en etapa terminal
    > Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) que requiere diálisis
    > Ciertos trastornos hematológicos (sanguíneos) graves
    > VIH/SIDA
    > Ciertas enfermedades pulmonares crónicas
    > Ciertas afecciones de salud mental crónicas y discapacitantes
    > Ciertos trastornos neurológicos
    > Derrame cerebral

- Consulte la fila "Beneficios suplementarios especiales por enfermedad crónica" en la Tabla de beneficios médicos a continuación para obtener más información.

- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios podría ser elegible.

Verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

*** Verá este asterisco al lado de los beneficios suplementarios en la Tabla de beneficios médicos.**

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una prueba de ultrasonido realizada por única vez a las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene un referido para ello por parte de su médico, asistente médico, profesional de enfermería practicante o especialista clínico en enfermería.	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 20 consultas por año para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como aquel que: • Dura 12 semanas o más; • Es inespecífico, ya que no tiene causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • No está asociado a cirugía; y • No está asociado a un embarazo. Su plan requiere que los servicios sean proporcionados por un proveedor autorizado para realizar acupuntura o por proveedores que cumplan con los requisitos de los proveedores de Medicare original. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	**Dentro de la red:** Servicios de acupuntura cubiertos por Medicare Copago de **$10** – Consultorio de un especialista
*** Acupuntura como servicio de rutina** La acupuntura es el procedimiento de insertar y manipular agujas en distintos puntos del cuerpo para aliviar el dolor o con fines terapéuticos que son necesarios por razones médicas. La cobertura incluye hasta 25 consultas por año calendario. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	**Dentro de la red:** Acupuntura de rutina Copago de **$0** • Consultorio del especialista
Inyecciones y suero para la alergia Usted está cubierto para inyecciones y suero para la alergia cuando sean necesarios por razones médicas.	**Dentro de la red:** Copago de **$0** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista
Servicios de ambulancia	**Dentro de la red:** Ambulancia de emergencia Copago de **$120** por viaje

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
• Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia en avión, helicóptero y terrestre, al centro médico apropiado más cercano que pueda proporcionar cuidado médico únicamente si se proveen a un afiliado cuya afección médica es tal que los demás medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona o si están autorizados por el plan. • El transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia se considera apropiado si se documenta que la afección del afiliado es tal que otro medio de transporte podría poner en riesgo la salud de la persona y que el transporte en ambulancia se considera necesario por razones médicas. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	independientemente de la cantidad de viajes – Ambulancia terrestre Coseguro del **20%** independientemente de la cantidad de viajes – Ambulancia aérea <u>Servicio de ambulancia no de emergencia</u> Copago de **$0** por viaje independientemente de la cantidad de viajes – Ambulancia terrestre Coseguro del **20%** independientemente de la cantidad de viajes – Ambulancia aérea
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede acudir a una consulta anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan personalizado de prevención basado en sus factores de riesgo y en su estado de salud actual. Esta consulta está cubierta una vez cada 12 meses. **Tenga en cuenta:** la primera consulta anual de bienestar no se puede realizar dentro de los 12 meses a partir de su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no es necesario que haya realizado la consulta "Bienvenido a Medicare" para tener cobertura de la consulta anual de bienestar después de tener la Parte B durante 12 meses.	**<u>Dentro de la red:</u>** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.
Medición de la masa ósea Para personas elegibles (generalmente, esto significa que son personas que presentan riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con mayor frecuencia, si fuera necesario por razones médicas: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, que incluyen la interpretación de los resultados por el médico.	**<u>Dentro de la red:</u>** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses	**<u>Dentro de la red:</u>** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para afiliados que reúnen ciertos requisitos con un referido del médico. El plan también cubre los programas de rehabilitación cardíaca intensiva que habitualmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	**Dentro de la red:** Copago de **$10** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio
Consulta para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta por año con su médico de cuidado primario para ayudar a reducir su riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, su médico puede hablar con usted sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que se está alimentando saludablemente.	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio de terapia del comportamiento intensiva para la prevención de enfermedades cardiovasculares.
Prueba de detección de enfermedad cardiovascular Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o de anomalías relacionadas con un alto riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares cubiertas una vez cada 5 años.
Pruebas de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, cubiertos una vez cada 24 meses • Si presenta alto riesgo de tener cáncer cervical o vaginal, o está en edad de concebir y ha tenido un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos solamente la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxación *Además, usted puede autorreferirse a un quiropráctico de la red para 12 consultas por año calendario para ajustes rutinarios de la columna vertebral. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	**Dentro de la red:** Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare Copago de **$10** – Consultorio de un especialista Servicios quiroprácticos rutinarios Copago de **$10** – Consultorio de un especialista
Prueba de detección del cáncer colorrectal	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Para personas de 50 años de edad y mayores, se cubre lo siguiente: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario para la detección como alternativa) cada 48 meses Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol (gFOBT, por sus siglas en inglés) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT, por sus siglas en inglés) Prueba de detección colorrectal basada en ADN cada 3 años Para las personas con alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal cubrimos: • Colonoscopía de detección (o enema de bario para la detección como alternativa) cada 24 meses Para las personas sin alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal cubrimos: • Colonoscopía de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses a partir de una sigmoidoscopia de detección	deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.
***Programa de comidas Deliver Fresh** Después de una hospitalización de paciente internado en un hospital o en un centro de enfermería, usted es elegible para recibir 2 comidas frescas por día durante 7 días. Hasta 14 comidas, entregadas en su domicilio. Límite de 4 veces por año. Las comidas deben solicitarse dentro de los 30 días posteriores al alta de la hospitalización de paciente internado. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	**Dentro de la red:** Copago de **$0**
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales rutinarios y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare original. Cubrimos: • Los servicios dentales necesarios por razones médicas, según la cobertura de Medicare original Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	**Dentro de la red:** Servicios dentales cubiertos por Medicare Copago de **$10** – Consultorio de un especialista **Beneficios suplementarios de servicios dentales** *Usted tiene cobertura para beneficios suplementarios de servicios dentales. Para obtener información detallada, consulte la descripción del beneficio suplementario de servicios dentales que aparece al final de esta tabla.
Prueba de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de la depresión por año. La prueba de detección debe hacerse en un entorno de cuidado médico primario que puede proveer tratamiento de seguimiento y/o referidos.	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para una consulta de detección de depresión anual.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de colesterol y niveles anormales de triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o historial de alto nivel de azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden ser cubiertas si cumple con otros requisitos, como si está excedido de peso y tiene antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, usted podría reunir los requisitos para que le hagan hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	**Dentro de la red:** no hay ningún 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 que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para monitorear la glucosa en la sangre: monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, lancetas y dispositivos para lancetas y soluciones para controlar la glucosa que permitan corroborar la exactitud de los monitores y las tiras reactivas. – Estas son las únicas marcas cubiertas de monitores de glucosa en sangre y tiras reactivas: ACCU-CHEK® fabricado por Roche, o productos Trividia a veces embalados con el nombre de su farmacia. – CarePlus cubre cualquiera de los monitores de glucosa en sangre y las tiras reactivas que estén especificados en la lista de marcas preferidas de arriba. En general, los productos de marcas no preferidas alternativas no están cubiertos a menos que su médico proporcione la información adecuada que indique que el uso de una marca alternativa es necesario por razones médicas en su situación específica. Si es nuevo en CarePlus y utiliza una marca de monitor de glucosa en sangre y tiras reactivas que no está en la lista de marcas preferidas, puede contactarnos en los primeros 90 días de la inscripción en el plan para solicitar un suministro temporal de la marca no preferida alternativa. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para determinar si algún producto de las marcas preferidas enumeradas arriba es apropiado para usted desde el punto de vista médico. Los productos de marcas no preferidas no estarán cubiertos después de los 90 días iniciales de cobertura sin autorización previa aprobada para una excepción a la cobertura. – Tanto en el caso de afiliados nuevos como los ya existentes, si es necesario por razones médicas que usted utilice o siga utilizando un producto de una marca no preferida alternativa, usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a la cobertura para que CarePlus cubra un producto de una marca no preferida hasta el final del año de beneficio. Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo	**Dentro de la red:** Capacitación para el automanejo de la diabetes Copago de **$0** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio Suministros para el control de la diabetes Copago de **$0** – Proveedor preferido para la diabetes – Proveedor para la diabetes – Farmacia minorista de la red Zapatos y plantillas para diabéticos Copago de **$0** – Proveedor de equipo médico duradero – Proveedor de prótesis

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
con la decisión de cobertura del plan, usted (o su proveedor) puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor con respecto a qué marca o producto es adecuado para su afección médica. Si desea más información acerca de cómo realizar una apelación, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))*. • Para las personas con diabetes que padecen enfermedades diabéticas graves en los pies: un par por año calendario de zapatos terapéuticos personalizados (incluso las plantillas provistas con los zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas extraíbles no personalizadas que son provistas con los zapatos). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. • Para monitoreo continuo de glucosa, consulte Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados. El símbolo (servicio preventivo) se aplica únicamente a la capacitación para el automanejo de la diabetes. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados (Para conocer la definición de "equipo médico duradero" consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7 de este documento.) Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores, monitores continuos de glucosa**, y andadores. Con este documento titulado *Evidencia de cobertura*, le enviamos la lista de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP). La lista indica las marcas y los fabricantes de equipo médico duradero que cubriremos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en **www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2023**. Por lo general, CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) cubre cualquier equipo médico duradero cubierto por Medicare original de las marcas y fabricantes de la lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos digan que esa marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es nuevo en CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) y utiliza una marca de equipo médico	**Dentro de la red:** Equipo médico duradero de alto costo Coseguro del **20%** – Proveedor de equipo médico duradero Equipo médico duradero de bajo costo Copago de **$0** – Proveedor de equipo médico duradero A partir del 1 de julio de 2023, los costos compartidos de la insulina cubierta de la Parte B suministrada mediante un artículo de equipo médico duradero cubierto no serán superiores a $35 por cada suministro para un mes (hasta 30 días).

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
duradero que no está en nuestra lista, seguiremos cubriendo esta marca por hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para determinar qué marca es apropiada para usted desde el punto de vista médico después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle un referido para una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor con respecto a qué marca o producto es adecuado para su afección médica. (Si desea más información acerca de las apelaciones, consulte el Capítulo 9, *Qué hacer si tiene un problema o una queja* (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)). También cubre la insulina de la Parte B usada a través de una bomba de insulina. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa. **Monitores continuos de glucosa disponibles solo a través de un proveedor de equipo médico duradero.	
Electrocardiograma de detección El ECG de detección, cuando se realiza como referido de la consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare", solo está cubierto una vez en la vida del beneficiario.	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para una consulta de prueba de detección con electrocardiograma (EKG, por sus siglas en inglés).
Cuidado médico en casos de emergencia El cuidado médico en casos de emergencia se refiere a servicios que son: • Provistos por un proveedor acreditado para prestar servicios en casos de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona lega prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o afección médica que empeora rápidamente.	**Dentro de la red:** Servicios en casos de emergencia Copago de **$120** – Sala de emergencias Servicios profesionales y del proveedor Copago de **$0** – Sala de emergencias No paga los costos compartidos por visita a la sala de emergencias si es admitido en el mismo hospital en las siguientes 24 horas por la misma afección. Si usted recibe cuidado médico en casos de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Los costos compartidos por servicios en casos de emergencia necesarios provistos fuera de la red son los mismos que por dichos servicios prestados dentro de la red. La cobertura incluye cuidado médico en casos de emergencia en todo el mundo. Si tiene una emergencia fuera de los EE.UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar por los servicios prestados por adelantado. Debe enviar prueba de pago a CarePlus para reembolso. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7. Es posible que no le reembolsemos todos sus gastos de desembolso personal. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser inferiores a las de los proveedores fuera de los EE.UU. y sus territorios. Usted es responsable de los costos que excedan las tarifas contratadas, así como de todos los costos compartidos del afiliado que correspondan.	médico como paciente internado después de que se estabilice su afección de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su cuidado O debe recibir cuidado como paciente internado en un hospital fuera de la red autorizado por el plan y usted pagará la parte de costos compartidos que pagaría en un hospital de la red.
Servicios para la audición Las evaluaciones diagnósticas auditivas y del equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como cuidado médico ambulatorio cuando son provistas por un médico, audiólogo u otro proveedor acreditado. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	**Dentro de la red:** Servicios para la audición cubiertos por Medicare Copago de **$10** – Consultorio de un especialista **Beneficios suplementarios de servicios para la audición** *Usted tiene cobertura para beneficios suplementarios de servicios para la audición. Para obtener información detallada, consulte la descripción del beneficio suplementario de servicios para la audición que aparece al final de esta tabla.
Ayuda para ciertas afecciones crónicas **Programa de apoyo para inhaladores para tratar EPOC** Este plan ofrece costos compartidos reducidos para ciertos inhaladores controladores a los afiliados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) a los que se les receta un inhalador controlador y se inscriben en el programa de apoyo para inhaladores para la COPD. Debe completar la inscripción para recibir los costos compartidos reducidos, que se aplican durante las etapas de deducible, cobertura inicial y período sin cobertura. Solo se incluyen los inhaladores de control utilizados para tratar la EPOC en el nivel de marca preferida. Algunos afiliados que cumplen con otros criterios del programa también pueden recibir un dispositivo espaciador a un costo compartido de **$0**	**Programa de apoyo para inhaladores para tratar EPOC** **Dentro de la red:** Copago de **$0** por suministro de 1 mes y suministro de 3 meses – CenterWell Pharmacy™ (minorista y pedido por correo) Copago de **$10** por suministro de 1 mes – Farmacia minorista – Farmacia de pedido por correo

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
cuando lo obtengan a través de cualquier farmacia minorista o de pedido por correo.	
Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que estén en mayor riesgo de tener una infección del VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para pruebas de detección preventivas de VIH cubiertas por Medicare.
Cuidado 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 servicios de cuidado de la salud en el hogar y ordenará que dichos servicios sean provistos por una agencia de cuidado de la salud en el hogar. Usted debe estar recluido en el hogar, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Cuidado de enfermería especializada de medio tiempo o intermitente y servicios de un asistente de cuidado de la salud en el hogar (Para tener cobertura conforme al beneficio de cuidado de la salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de un asistente de cuidado de la salud en el hogar combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Terapia física, ocupacional y del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	**Dentro de la red:** Cuidado de la salud en el hogar Copago de **$0** – Hogar del afiliado Equipo médico duradero de alto costo Coseguro del **20%** – Proveedor de equipo médico duradero Equipo médico duradero de bajo costo Copago de **$0** – Proveedor de equipo médico duradero
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de cuidado • Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para infusión en el hogar proporcionados por un proveedor acreditado de terapia de infusión en el hogar	**Dentro de la red:** Suministros médicos Coseguro del **20%** – Proveedor de suministros médicos Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare Coseguro del **20%** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Farmacia Servicios profesionales y del proveedor Copago de **$0**

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
	– Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)
Cuidado de hospicio Usted reúne los requisitos para recibir el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir cuidado médico por parte de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarle a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos programas que pertenecen o son controlados por la organización MA o en los que esta tiene un interés financiero. El médico de hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y para aliviar el dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Cuidado en el hogar <u>En cuanto a los servicios de hospicio y los servicios que están cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Medicare original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por los servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Mientras se encuentra en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Medicare original los servicios que Medicare original paga. Se le facturará a usted el costo compartido de Medicare original. <u>En cuanto a los servicios que están cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> si usted necesita servicios que no sean de emergencia, ni de cuidado que se necesita con urgencia que estén cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios para usted depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si se requiere obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga la cantidad de costos compartidos del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga los costos compartidos según la tarifa de servicio de Medicare (Medicare original). <u>En cuanto a los servicios que están cubiertos por CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) pero que no están cubiertos por las Partes A o B de Medicare:</u> CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de las Partes A y B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare original, no por CareBreeze Platinum (HMO C-SNP). Las consultas de hospicio están incluidas como parte del cuidado de hospitalización. Pueden aplicarse costos compartidos de proveedor en el caso de consultas ambulatorias.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
por el plan que no están cubiertos por las Partes A o B, independientemente de si están relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga la cantidad de costos compartidos de su plan por estos servicios. En cuanto a 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 por la cual recibe cuidado de hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal por la cual recibe cuidado de hospicio, usted paga el costo compartido de Medicare original. Los medicamentos nunca estarán cubiertos por ambos, hospicio y nuestro plan, al mismo tiempo. Para más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (*¿Qué sucede si usted está en un hospicio certificado por Medicare?*). **Nota:** si usted necesita cuidado médico que no sea de hospicio (cuidado médico que no está relacionado con su pronóstico terminal), debe contactarnos para coordinar los servicios.	
Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la influenza, una por cada temporada de influenza en otoño e invierno, con vacunas contra la influenza adicionales si son necesarias por razones médicas • Vacuna contra la hepatitis B si presenta riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna para la COVID-19 • Otras vacunas si presenta riesgo y cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Guía de medicamentos (Formulario)* del plan.	**Dentro de la red:** No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y COVID-19.
Cuidado hospitalario a pacientes internados Incluye hospitalización para afecciones agudas, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. El cuidado hospitalario a pacientes internados comienza el día en que usted está formalmente admitido en el hospital por orden de un médico. El día antes de que le den de alta es su último día de paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Habitación semiprivada (o privada en caso de que sea necesario por razones médicas)	Sus costos compartidos como paciente internado comenzarán el primer día cada vez que sea admitido o transferido a un tipo de centro específico, incluidos los centros de rehabilitación para pacientes internados, centros de cuidado para afecciones agudas a largo plazo (LTAC, por sus siglas en inglés), centros de cuidado para afecciones agudas para pacientes

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
• Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería comunes • Costos de unidades de cuidados médicos especiales (como unidades de cuidado coronario o de cuidados intensivos) • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, tales como sillas de ruedas • Costos de quirófanos y salas de recuperación • Terapia física, ocupacional, del habla y del lenguaje • Servicios de farmacodependencia para pacientes internados • Bajo determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos con un centro de trasplantes aprobado por Medicare para que revise su caso, y decidirá si usted es candidato para recibir un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden estar dentro o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del patrón de cuidado en la comunidad, puede elegir obtener sus servicios a nivel local siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare original. Si CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) provee servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de cuidado para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos adecuados de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. – Si necesita un trasplante de órgano sólido o de médula ósea/células madre, póngase en contacto con nuestro Equipo de coordinación de casos al 1-866-657-5625, TTY 711 para obtener información importante sobre su cuidado médico de trasplantes. • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos empacados comienza desde la primera pinta de sangre que necesita. • Servicios del médico **Nota:** para ser un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente internado del hospital. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente "ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente internado o ambulatorio, debe consultar al personal del hospital. Además, puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en el sitio web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-o	internados y centros psiquiátricos para pacientes internados. **Dentro de la red:** Cuidado de hospitalización Hospital para pacientes internados – Copago de **$0** por día, días 1 hasta 2 – Copago de **$75** por día, días 3 hasta 7 – Copago de **$0** por día, días 8 hasta 90 Servicios profesionales y del proveedor Copago de **$0** – Hospital para pacientes internados Si recibe cuidado de hospitalización autorizado en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, su costo será el costo compartido que usted pagaría en un hospital dentro de la red. Tiene cobertura por una cantidad ilimitada de días de hospitalización necesarios por razones médicas.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
r-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 gratis las 24 horas del día, los siete días de la semana. Se requiere autorización previa para el cuidado hospitalario a pacientes internados. Se requiere autorización previa para los servicios de trasplantes.	
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen los servicios para el cuidado de la salud mental que requieren una hospitalización. • Límite de 190 días de por vida para servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. – El límite de 190 días no se aplica a los servicios de la salud mental provistos a pacientes internados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Los días de beneficio utilizados a través del programa Medicare original serán tenidos en cuenta para calcular la reserva de 190 días de por vida al inscribirse en un plan Medicare Advantage. Se requiere autorización previa para el cuidado de la salud mental para pacientes internados.	Sus costos compartidos como paciente internado comenzarán el primer día cada vez que sea admitido o transferido a un tipo de centro específico, incluidos los centros de rehabilitación para pacientes internados, centros de cuidado para afecciones agudas a largo plazo (LTAC, por sus siglas en inglés), centros de cuidado para afecciones agudas para pacientes internados y centros psiquiátricos para pacientes internados. **Dentro de la red:** Cuidado de la salud mental para pacientes internados Hospital para pacientes internados – Copago de **$0** por día, días 1 hasta 2 – Copago de **$75** por día, días 3 hasta 7 – Copago de **$0** por día, días 8 hasta 90 Centro psiquiátrico para pacientes internados – Copago de **$0** por día, días 1 hasta 2 – Copago de **$75** por día, días 3 hasta 7 – Copago de **$0** por día, días 8 hasta 90 Servicios profesionales y del proveedor Copago de **$0** – Hospital para pacientes internados

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
	– Centro psiquiátrico para pacientes internados
Hospitalización: los servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la estadía en el hospital no es razonable ni necesaria, no cubriremos la estadía en el hospital. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios del médico • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortóticos (que no sean dentales) que reemplacen, en parte o por completo, un órgano interno (incluido el tejido contiguo) o que suplan, en parte o por completo, las funciones de un órgano interno disfuncional o inoperante de manera permanente, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; soportes y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambios en el estado físico del paciente • Terapia física, ocupacional y del habla	Cuando su hospitalización no esté cubierta, usted pagará el costo de los servicios recibidos según se describe en todo este cuadro de beneficios.
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (de riñón) (que no estén recibiendo diálisis), o después de un trasplante de riñón, cuando sea referido por el médico. Cubrimos servicios de 3 horas de asesoramiento personalizado durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica dentro de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare original) y luego 2 horas por año. Si cambia su afección, tratamiento o diagnóstico, puede recibir más horas de tratamiento con un referido del médico. El médico debe recetarle dichos servicios y renovar el referido cada año si el tratamiento es necesario el siguiente año calendario.	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés)	**Dentro de la red:** No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Los servicios del MDPP estarán cubiertos para beneficiarios de Medicare elegibles en virtud de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada para cambiar conductas de salud que proporciona capacitación práctica en cambios dietarios a largo plazo, incremento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos a fin de sostener 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 Medicare original. Los afiliados de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o administran como infusión mientras recibe servicios provistos por médicos, como paciente ambulatorio en el hospital o en centros de cirugía ambulatoria • Medicamentos que toma utilizando un equipo médico duradero (como nebulizadores), autorizados por el plan • Factores de coagulación autoadministrados mediante inyección si padece de hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento de recibir un trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si usted está recluido en el hogar, tiene una fractura ósea que el médico certifique que fue resultado de osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos anticancerígenos y antieméticos de vía oral • Ciertos medicamentos para diálisis en su hogar, incluidos heparina, antídoto para la heparina cuando sea necesario por razones médicas, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (tales como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en su hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria No hay costo adicional por la administración de medicamentos de la Parte B. El siguiente enlace lo llevará a una lista de Medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia por fases: www.careplushealthplans.com/members/forms-tools-resources También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D. En el Capítulo 5, se explica el beneficio de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que estos estén	**Dentro de la red:** Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare Coseguro del **20%** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Farmacia Medicamentos para quimioterapia Coseguro del **20%** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio Su costo compartido por medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare es el mismo en todos los proveedores participantes. A partir del 1 de abril de 2023, algunos medicamentos reembolsables de la Parte B pueden estar sujetos a un coseguro inferior.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
cubiertos. En el Capítulo 6 se explica lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan. Se puede requerir autorización previa para los medicamentos de la Parte B dentro de la red. También es posible que deba probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. Esto se llama "terapia por fases". Para más detalles, contacte al plan.	
Prueba de detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarle a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo obtiene en un entorno de cuidado médico primario, donde este puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico de cuidado primario u otro profesional médico para obtener información más detallada.	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para la detección y terapia de prevención de obesidad.
Servicios de programas de tratamiento con opioides Los afiliados de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento con opioides (OTP, por sus siglas en inglés) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los EE.UU. para el tratamiento asistido con medicamentos agonistas y antagonistas de opioides (MAT, por sus siglas en inglés). • Despacho y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	**Dentro de la red:** Copago de **$10** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Hospitalización parcial
Pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Radiografías • Radioterapia (radio e isótopos) incluidos los materiales y suministros del técnico • Suministros quirúrgicos, tales como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones	**Dentro de la red:** Servicios profesionales y del proveedor Copago de **$0** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) Copago de **$10** – Consultorio de un especialista

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
• Pruebas de laboratorio • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos empacados comienza desde la primera pinta de sangre que necesita. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</u> Copago de **$0** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) Copago de **$10** – Consultorio de un especialista – Centro de cuidado de urgencia Copago de **$40** – Hospital ambulatorio <u>Servicios de imágenes avanzadas</u> Copago de **$25** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Centro de radiología independiente Copago de **$40** – Hospital ambulatorio <u>Servicios de radiología básicos</u> Copago de **$0** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) Copago de **$10** – Consultorio de un especialista – Centro de cuidado de urgencia Copago de **$25** – Hospital ambulatorio – Centro de radiología independiente <u>Mamografía de diagnóstico</u> Copago de **$0** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
	– Centro de radiología independiente <u>Radioterapia</u> Copago de **$10** – Consultorio de un especialista Coseguro del **20%** – Hospital ambulatorio Copago de **$25** – Centro de radiología independiente <u>Servicios de medicina nuclear</u> Copago de **$40** – Hospital ambulatorio Copago de **$25** – Centro de radiología independiente <u>Estudio del sueño en un centro médico</u> Copago de **$10** – Consultorio de un especialista Copago de **$40** – Hospital ambulatorio <u>Estudio del sueño en el hogar</u> Copago de **$0** – Hogar del afiliado <u>Suministros médicos</u> Coseguro del **20%** – Proveedor de suministros médicos <u>Colonoscopía de diagnóstico</u> Copago de **$0** – Centro de cirugía ambulatoria – Hospital ambulatorio <u>Servicios de laboratorio</u> Copago de **$0** – Consultorio del médico de

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
	cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Centro de cuidado de urgencia – Hospital ambulatorio – Laboratorio independiente
Observación hospitalaria ambulatoria Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente internado, o si puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, ellos deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos únicamente cuando son proporcionados por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de acreditación estatal y por los estatutos del personal hospitalario para admitir a los pacientes en el hospital o solicitar pruebas ambulatorias. **Tenga en cuenta:** a menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo a usted como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos para los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente "ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital. Además, puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente internado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en el sitio web en 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 gratis las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si va a la sala de emergencias y se le pide que se quede para observación adicional, solo pagará el copago de la sala de emergencias. Consulte la sección "Cuidado de emergencia" de este cuadro para conocer lo que paga por una visita a la sala de emergencias. Se pueden aplicar costos adicionales para cualquier procedimiento o prueba que se realice durante la observación. Consulte la sección "Servicios hospitalarios ambulatorios". Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	**Dentro de la red:** Copago de **$0** – Hospital ambulatorio
Servicios hospitalarios ambulatorios	**Dentro de la red:**

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Cubrimos servicios necesarios por razones médicas que recibe en el departamento ambulatorio del hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, tales como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de diagnóstico y de laboratorio facturadas por el hospital • Cuidado de la salud mental, incluido cuidado médico en un programa de hospitalización parcial, si el médico certifica que sin este programa se requeriría tratamiento como paciente internado • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede autoadministrarse **Nota:** a menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo a usted como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos para los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente "ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital. Además, puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en el sitio web en 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 gratis las 24 horas del día, los siete días de la semana. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	Pruebas y procedimientos de diagnóstico Copago de **$40** – Hospital ambulatorio Servicios de imágenes avanzadas Copago de **$40** – Hospital ambulatorio Servicios de medicina nuclear Copago de **$40** – Hospital ambulatorio Servicios de radiología básicos Copago de **$25** – Hospital ambulatorio Mamografía de diagnóstico Copago de **$0** – Hospital ambulatorio Radioterapia Coseguro del **20%** – Hospital ambulatorio Servicios de laboratorio Copago de **$0** – Hospital ambulatorio Servicios de cirugía Copago de **$40** – Hospital ambulatorio Servicios para la salud mental Copago de **$10** – Hospital ambulatorio – Hospitalización parcial Oxígeno hiperbárico Copago de **$40** – Hospital ambulatorio Cuidado de heridas Copago de **$10** – Hospital ambulatorio Estudio del sueño en un centro

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
	médico Copago de **$40** – Hospital ambulatorio Servicios en casos de emergencia Copago de **$120** – Sala de emergencias Servicios profesionales y del proveedor Copago de **$0** – Hospital ambulatorio Colonoscopía de diagnóstico Copago de **$0** – Hospital ambulatorio
Cuidado ambulatorio de la salud mental Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental provistos por un médico o psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional de enfermería practicante, asistente médico u otro profesional del cuidado de la salud mental autorizado por el estado y acreditado por Medicare, según lo permitido en las leyes estatales que correspondan. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	**Dentro de la red:** Servicios para la salud mental Copago de **$10** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Hospitalización parcial
Servicios de rehabilitación ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje. Los servicios de rehabilitación ambulatoria se proveen en varios centros ambulatorios, como departamentos de cuidado ambulatorio en hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés). Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	**Dentro de la red:** Terapia física Copago de **$10** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios Terapia del habla Copago de **$10** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios Terapia ocupacional Copago de **$10**

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
	– Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios
Servicios ambulatorios por farmacodependencia Tiene cobertura para el tratamiento de la farmacodependencia, según lo que está cubierto por Medicare original. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	**Dentro de la red:** Servicios de farmacodependencia Copago de **$10** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Hospitalización parcial
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios provistos en hospitales de cuidado médico ambulatorio y centros de cirugía ambulatoria **Nota:** si se realiza una cirugía en un hospital, debe preguntarle a su proveedor si será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo a usted como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos para la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente "ambulatorio". Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	**Dentro de la red:** Servicios de cirugía Copago de **$40** – Hospital ambulatorio Copago de **$25** – Centro de cirugía ambulatoria Colonoscopía de diagnóstico Copago de **$0** – Centro de cirugía ambulatoria – Hospital ambulatorio Servicios profesionales y del proveedor Copago de **$0** – Centro de cirugía ambulatoria – Hospital ambulatorio
*** Artículos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)** Usted reúne los requisitos para recibir un subsidio mensual de **$50** para utilizar en la compra de productos de salud y bienestar de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) disponibles a través de farmacias designadas de CarePlus y otras estaciones de despacho aprobadas. Su subsidio mensual de **$50** está disponible el día 1 de cada mes. La cantidad del subsidio mensual no utilizada no se trasladará al mes siguiente. Póngase en contacto con Servicios para afiliados para obtener información detallada del beneficio o para obtener un formulario de pedido.	**Dentro de la red:** Copago de **$0**
Servicios de hospitalización parcial "Hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo provisto como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario para la salud mental, que es más intensivo que el cuidado recibido en el consultorio del médico o	**Dentro de la red:** Copago de **$10** – Hospitalización parcial

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización como paciente internado. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	
***Examen físico (rutinario)** Además de la consulta anual de bienestar o del examen físico "Bienvenido a Medicare", su cobertura incluye el siguiente examen una vez por año: • Evaluación y control de medicina preventiva integral, incluso un historial adecuado para la edad y sexo, examen, y asesoramiento/orientación anticipada/intervenciones de reducción de factor de riesgo **Nota**: los procedimientos de laboratorio o de diagnóstico que se ordenen no estarán cubiertos por este beneficio y usted paga los costos compartidos del plan por esos servicios por separado.	**Dentro de la red:** Copago de **$0** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)
Servicios del médico/profesional médico, incluso visitas al consultorio Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de cuidados médicos o quirúrgicos necesarios por razones médicas recibidos en el consultorio del médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento ambulatorio hospitalario o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista • Exámenes auditivos y del equilibrio básicos realizados por su especialista, si el médico lo solicita para saber si necesita un tratamiento médico. • Ciertos servicios de telemedicina, incluidos los servicios prestados por proveedores de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) y especialistas; sesiones individuales para servicios especializados de salud mental y servicios psiquiátricos; sesiones individuales para servicios ambulatorios por farmacodependencia; y servicios que se necesitan con urgencia. – Usted tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o a través de servicios de telemedicina. Si elige obtener uno de estos servicios a través de telemedicina, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de esta vía. – Puede utilizar un teléfono, una computadora, una tableta u otra videotecnología. • Algunos servicios de telemedicina, entre ellos, consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telemedicina para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para afiliados con diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario u hospitalario con acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del afiliado.	**Dentro de la red:** Servicios profesionales y del proveedor Copago de **$0** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Hospital ambulatorio Copago de **$10** – Consultorio de un especialista Servicios de telesalud Copago de **$0** – Médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) virtual – Atención de Salud Mental y Tratamiento de Abuso de Sustancias Virtual – Cuidado de urgencia virtual Copago de **$10** – Especialista virtual Servicios de imágenes avanzadas Copago de **$25** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
• Servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral, independientemente del lugar donde usted se encuentre. • Servicios de telemedicina para afiliados con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental coexistente, independientemente del lugar donde se encuentre. • Servicios de telemedicina para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: – Realiza una consulta en persona en los 6 meses previos a su primera consulta de telemedicina – Realiza una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe servicios de telemedicina – Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias. • Servicios de telemedicina para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud acreditados por el gobierno federal • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos **si**: – Usted no es un paciente nuevo **y** – El control no está relacionado con una consulta médica en los últimos 7 días **y** – El control no conduce a una consulta médica que sea dentro de las 24 horas posteriores o la cita más cercana disponible • Evaluación de video y/o imágenes que envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de 24 horas **si**: – Usted no es un paciente nuevo **y** – La evaluación no está relacionada con una consulta médica en los últimos 7 días **y** – La evaluación no conduce a una consulta médica que sea dentro de las 24 horas posteriores o la cita más cercana disponible • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o con sus registros médicos electrónicos • Segunda opinión por parte de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Cuidado dental que no sea rutinario (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación en casos de enfermedad neoplásica cancerígena, o servicios que estarían cubiertos si los proveyera un médico) • Servicios que se necesitan con urgencia proporcionados en un consultorio médico Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Servicios de cirugía</u> Copago de **$0** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) Copago de **$10** – Consultorio de un especialista <u>Radioterapia</u> Copago de **$10** – Consultorio de un especialista <u>Servicios que se necesitan con urgencia</u> Copago de **$0** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) Copago de **$10** – Consultorio de un especialista
Servicios de podología	**<u>Dentro de la red:</u>**

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado rutinario de los pies para afiliados con determinadas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores *La cobertura también incluye beneficios suplementarios de cuidado rutinario de los pies: • Usted puede autoreferirse para una cantidad ilimitada de consultas por año a un especialista de la red. Los servicios suplementarios cubiertos incluyen: – Reducción o corte de lesiones hiperqueratósicas benignas (por ej., durezas, verrugas, callos) – Recorte o desbridamiento de uñas Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	Servicios de podología cubiertos por Medicare Copago de **$10** – Consultorio de un especialista Cuidado rutinario de los pies Copago de **$10** – Consultorio de un especialista
Pruebas de detección del cáncer de próstata Los siguientes servicios están cubiertos una vez cada 12 meses para hombres de 50 años o más: • Examen rectal digital • Examen de antígeno específico de la próstata (PSA, por sus siglas en inglés)	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés).
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplacen total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, pero no se limitan a: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, brazos y piernas artificiales y prótesis de mama (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y la reparación y/o el reemplazo de dispositivos protésicos. Además, incluye parte de la cobertura después de la extracción o la cirugía de cataratas. Si desea más detalles, consulte "Cuidado para la vista" más adelante en esta sección. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	**Dentro de la red:** Copago de **$0** – Proveedor de prótesis
Servicios de rehabilitación pulmonar Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para afiliados que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) de moderada a muy grave y un referido para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	**Dentro de la red:** Copago de **$10** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso del alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusen del alcohol, pero que no son alcohólicos. Si su evaluación da positivo para abuso del alcohol, puede recibir hasta 4 breves sesiones de asesoramiento en persona por año (si usted está alerta y es competente durante el asesoramiento) provistas por un médico de cuidado primario o profesional médico acreditado, en un entorno de cuidado médico primario.	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol cubierto por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés) Para las personas elegibles, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los afiliados elegibles son**: personas de 50 a 77 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero con antecedentes de consumo de tabaco de al menos 20 años-paquete y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que han recibido una orden escrita para una LDCT durante una sesión de asesoramiento para pruebas de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida conforme a los criterios de Medicare para dichas consultas a cargo de un médico o profesional no médico acreditado. *Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección inicial con LDCT:* el afiliado debe recibir una orden escrita para la prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede realizar durante cualquier consulta apropiada con un médico o profesional no médico acreditado. Si el médico o el profesional no médico acreditado opta por proporcionar una sesión de asesoramiento para pruebas de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT subsiguientes, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible por la consulta de asesoramiento y la toma de decisiones compartida, cubierta por Medicare ni por la tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés).
Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento para prevenir las enfermedades de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual cuando los exámenes son ordenados por un proveedor de cuidado primario. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) cubiertas por Medicare y el beneficio preventivo de asesoramiento sobre STI.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
También cubrimos hasta dos sesiones individuales de 20 a 30 minutos de asesoramiento conductual de alta intensidad por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son provistas por un proveedor de cuidado primario y se realizan en un entorno de cuidado médico primario, como en un consultorio médico.	
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a los afiliados a tomar decisiones informadas acerca de su cuidado médico. Para los afiliados que se encuentran en la etapa IV de su enfermedad renal crónica cuando su médico los refiere, 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 cuando se encuentra fuera del área de servicio temporalmente, según se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o accesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir cuidado médico especial) • Capacitación para realizarse autodiálisis (incluye la capacitación para usted y para la persona que lo ayude con el tratamiento de diálisis en su hogar) • Equipo y suministros para diálisis en su hogar • Ciertos servicios de apoyo en su hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de asistentes capacitados en diálisis para controlar la diálisis en su hogar, para asistirlo en casos de emergencias y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua) Ciertos medicamentos para la diálisis se cubren dentro del beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Si desea información acerca de la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección, "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare". Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	**Dentro de la red:** Servicios de educación sobre la enfermedad renal Copago de **$0** – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista Servicios de diálisis renal Coseguro del **20%** – Centro de diálisis – Hospital ambulatorio Equipo médico duradero de alto costo Coseguro del **20%** – Proveedor de equipo médico duradero Equipo médico duradero de bajo costo Copago de **$0** – Proveedor de equipo médico duradero Cuidado de la salud en el hogar Copago de **$0** – Hogar del afiliado
*** Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®** SilverSneakers® es un programa de acondicionamiento físico para personas de la tercera edad que se incluye sin cargo adicional con planes de salud de Medicare elegibles. Los afiliados tienen acceso a más de 15,000 gimnasios en todo el país que pueden incluir pesas y máquinas, además de clases de ejercicio en grupo dirigidas por instructores capacitados en lugares seleccionados. Acceda a educación en línea en **SilverSneakers.com**, mire videos de entrenamiento en SilverSneakers	**Dentro de la red:** Copago de **$0**

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
On-Demand™ o descargue la aplicación para acondicionamiento físico SilverSneakers GO™, para ver más ideas de entrenamiento. Su afiliación no incluye servicios en un centro de acondicionamiento físico que normalmente tienen una tarifa adicional.	
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) (Para conocer la definición de "cuidado en un centro de enfermería especializada" consulte el Capítulo 12 de este documento. A los centros de enfermería especializada en ocasiones se les llama "SNF", por sus siglas en inglés). La cobertura incluye hasta 100 días necesarios por razones médicas por período de beneficios. No se requiere una hospitalización anterior. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Habitación semiprivada (o privada en caso de que sea necesario por razones médicas) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Terapia física, ocupacional y del habla • Medicamentos que reciba como parte de su plan de cuidado médico (esto incluye sustancias que están presentes en el organismo naturalmente, tales como factores coagulantes de la sangre). • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos empacados comienza desde la primera pinta de sangre que necesita. • Suministros médicos y quirúrgicos provistos normalmente por los centros de enfermería especializada • Pruebas de laboratorio provistas normalmente por los centros de enfermería especializada • Radiografías y otros servicios de radiología provistos normalmente por los centros de enfermería especializada • Uso de aparatos, tales como sillas de ruedas, provistos normalmente por los centros de enfermería especializada • Servicios del médico o profesional médico Por lo general, recibirá cuidado de centros de enfermería especializada en centros de la red. Sin embargo, en determinados casos que se detallan a continuación, es posible que usted pueda recibir cuidado de un centro médico que no es un proveedor de la red si este acepta las cantidades que paga nuestro plan. • Un hogar de ancianos o comunidad de cuidado continuo para jubilados en donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que el lugar provea cuidado en un centro de enfermería especializada). • Un centro de enfermería especializada en el que viva su cónyuge en el momento en que usted deja el hospital.	Se iniciará un nuevo período de beneficio el primer día que se inscriba por primera vez en un plan Medicare Advantage, o cuando se le haya dado de alta de un centro para pacientes internados o centro de enfermería especializada por **60 días consecutivos**. Por período de beneficio, usted paga: **Dentro de la red:** Copago de **$0** por día, días 1 hasta 20 – Centro de enfermería especializada Copago de **$75** por día, días 21 hasta 100 – Centro de enfermería especializada

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	
Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si usted consume tabaco, pero no presenta signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco: cubrimos dos intentos para dejar de fumar o consumir tabaco con asesoramiento dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. Si usted consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o si toma un medicamento cuyo efecto podría verse alterado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco. Cubrimos dos intentos para dejar de fumar o consumir tabaco con asesoramiento dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará los costos compartidos aplicables. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para los beneficios de prevención para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.
*** Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos** **Beneficios de Vital Support™** Para ayudarle a lograr su mejor estado de salud, CarePlus ofrece a los afiliados con ciertas afecciones crónicas que cumplen con los criterios de elegibilidad apoyo adicional a través de nuestros beneficios de Vital Support™. Lea a continuación los beneficios disponibles en este plan. **Flexible Care Assistance** - Flexible Care Assistance está disponible para afiliados con enfermedades crónicas que participan en los servicios de coordinación del cuidado de la salud y cumplen con los criterios del programa. Los beneficios tienen un límite de hasta **$500** por año y deben ser coordinados y autorizados por un administrador del cuidado. Los afiliados elegibles pueden recibir beneficios adicionales principalmente relacionados con la salud y no relacionados principalmente con la salud para abordar las necesidades únicas de la persona, incluidos, entre otros: • Asistencia con los gastos médicos • Servicios de entrega de comidas • Servicios para cuidadores • Cuidado diurno para adultos • Servicios públicos • Transporte no médico • Suministros médicos y prótesis • Control de plagas • Tratamientos alternativos • Dispositivos de seguridad para el hogar y el baño Los afiliados pueden analizar la lista completa de artículos y servicios con su coordinador de cuidado de la salud.	**Dentro de la red:** No hay coseguro, copago ni deducible para participar.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) La SET está cubierta para los afiliados que tienen enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: • Constar de sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación • Realizarse en un hospital en un entorno para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico • Estar a cargo de personal auxiliar acreditado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y capacitado en la terapia con ejercicios para la PAD • Contar con la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional de enfermería practicante/especialista en enfermería clínica con formación tanto en técnicas básicas como de soporte vital avanzado La SET puede estar cubierta más allá de 36 sesiones durante 12 semanas e incluir otras 36 sesiones durante un período prolongado si un proveedor de cuidado de la salud lo considera necesario por razones médicas. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	**Dentro de la red:** Copago de **$10** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio
***Transporte** La cobertura incluye 50 viajes sencillos, que no sean en caso de emergencia a localidades aprobadas por el plan dentro del área de servicio del plan. Contacte a Servicios para afiliados para obtener información sobre cómo coordinar el transporte. Los arreglos deben hacerse al menos 3 días hábiles antes de la cita. Servicios para afiliados confirmará sus beneficios y lo guiará al proveedor de transporte para planificar su viaje. Es posible que se requiera autorización para viajes de más de 35 millas. Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Para más detalles, contacte al plan.	**Dentro de la red:** Copago de **$0**
Servicios que se necesitan con urgencia Los servicios que se necesitan con urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere cuidado médico inmediato, pero dadas sus circunstancias no es posible, o no es razonable, obtener servicios de	**Dentro de la red:** Servicios que se necesitan con urgencia Copago de **$10** – Centro de cuidado de urgencia

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son: i) usted necesita cuidado inmediato durante el fin de semana, o ii) usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y necesarios por razones médicas. Si dadas sus circunstancias no es razonable obtener de inmediato el cuidado médico del proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios que se necesitan con urgencia de un proveedor fuera de la red. La cobertura incluye servicios que se necesitan con urgencia en todo el mundo. Si necesita cuidado de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar por adelantado por los servicios prestados. Debe enviar prueba de pago a CarePlus para el reembolso. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7. Es posible que no le reembolsemos todos sus gastos de desembolso personal. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser inferiores a las tarifas de los proveedores fuera de los EE. UU. y sus territorios. Usted es responsable de todos los costos que excedan nuestras tarifas contratadas, así como de todos los costos compartidos del afiliado que correspondan. Consulte "Servicios de un médico o profesional médico, incluidas las visitas al consultorio médico" para obtener información adicional sobre los servicios que se necesitan con urgencia proporcionados en el consultorio de un médico.	
Cuidado para la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos ambulatorios para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare original no cubre exámenes rutinarios de la vista (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de glaucoma son: personas con historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años de edad y mayores, y estadounidenses hispanos de 65 años de edad o mayores. • Para personas con diabetes, las pruebas de detección de retinopatía diabética están cubiertas una vez por 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 por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). • Los anteojos cubiertos después de una cirugía de cataratas incluyen monturas y lentes estándares según lo definido por Medicare; no está cubierto ningún producto de calidad superior (incluidos, entre otros,	**Dentro de la red:** Servicios para la vista cubiertos por Medicare Copago de **$10** – Consultorio de un especialista Prueba de detección de glaucoma Copago de **$0** – Consultorio de un especialista Examen de la vista para diabéticos Copago de **$0** – Todos los centros de tratamiento Artículos para la vista (después de una cirugía de cataratas) Copago de **$0** – Todos los centros de tratamiento **Beneficios suplementarios de servicios para la vista**

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
monturas de lujo, tintes, lentes progresivos o capa antirreflectora). El símbolo (servicio preventivo) se aplica únicamente a las pruebas de detección de glaucoma. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	*Usted tiene cobertura para beneficios suplementarios de servicios para la vista. Para obtener información detallada, consulte la descripción de beneficios suplementarios de servicios para la vista que aparece al final de esta tabla. **Tenga en cuenta:** la red de proveedores para sus beneficios suplementarios de servicios para la vista puede ser diferente a la red de proveedores para los beneficios de servicios para la vista de Medicare original indicados anteriormente.
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" que se realiza una sola vez. La consulta incluye una revisión de su salud, así como también educación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que usted necesita (incluye ciertas pruebas de detección y vacunas), y si fuera necesario, referidos para otro tipo de cuidado médico que necesite. **Importante:** cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses en los que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe una cita, informe al consultorio médico que usted quiere programar una consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	**Dentro de la red:** no hay ningún coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".
***Servicios de planificación del cuidado de la salud y el bienestar (WHP, por sus siglas en inglés)** Como afiliado de CarePlus, usted tiene acceso a un recurso en línea de planificación anticipada del cuidado llamado MyDirectives® en www.careplushealthplans.com. Este recurso le ayuda a crear instrucciones anticipadas en las que puede combinar los elementos de un testamento en vida, un poder legal médico, un formulario de no intentar reanimación y un formulario de donación de órganos.	No hay coseguro, copago ni deducible para participar.

Beneficio suplementario dental obligatorio DEN966

Descripción de la cobertura
Usted puede recibir los siguientes servicios de rutina dentales no cubiertos por Medicare:

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
Servicios dentales • Exámenes orales preventivos (2 total(es) por año calendario), ya sea un examen oral integral (1 procedimiento cada 3 años) o un examen oral periódico (2 procedimientos por año calendario) • Profilaxis (limpiezas) (2 códigos de procedimiento por año calendario) • Mantenimiento periodontal (línea de las encías) (4 códigos de procedimiento por año calendario) • Alisado y raspado radicular (limpieza profunda) (1 código de procedimiento cada año calendario, por cuadrante) • Radiografías de mordida (1 juego por año calendario) • Radiografía(s) panorámica(s) (1 código de procedimiento por año calendario) • Tratamientos con flúor (2 códigos de procedimiento por año calendario) • Empastes de amalgama (plata) o de resina de composite (blanca) (4 códigos de procedimiento por año calendario) • Implante de restauración (1 código de procedimiento por año calendario) • Extracciones (sacar dientes) quirúrgicas o no quirúrgicas (6 códigos de procedimiento por año calendario) • Corona(s) (1 código de procedimiento por año calendario) • Conducto radicular (1 código de procedimiento por año calendario) • Dentaduras postizas completas (superior e inferior) o dentaduras postizas parciales (superior e inferior) (1 dentadura superior completa/parcial y/o 1 dentadura completa/parcial inferior cada 5 años calendario, incluido cuidado rutinario después de la entrega) Incluye extracciones necesarias para adaptar las dentaduras postizas (ilimitado) • Revestimiento de dentadura postiza (1 código de procedimiento por año calendario) • Anestesia necesaria con servicio cubierto Puede ver la Tabla de beneficios dentales, la cual enumera los códigos y servicios cubiertos bajo este plan en nuestro sitio web en www.careplushealthplans.com/members/forms-tools-resources. Debe visitar a un proveedor de la red dental participante para recibir los beneficios dentales. Consulte el Directorio de proveedores o nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en línea para obtener los nombres y ubicaciones de los proveedores participantes en su área o llame a Servicios para afiliados al número en la contraportada de este documento.	Copago de **$0**

Los proveedores dentales de la red se enumeran bajo Dentists (Dentistas) en el Directorio de proveedores y en la herramienta de búsqueda de proveedores en línea.

Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la audición HER904

Descripción de la cobertura
Usted puede recibir los siguientes servicios no cubiertos por Medicare de un proveedor de servicios de audífonos de la red:

Descripción del beneficio	Usted paga
Examen auditivo rutinario (1 por año calendario)	**$0**
Ajuste/evaluación de audífonos (1 por año calendario)	**$0**
Audífono(s) (1 por oído por año calendario) • Tenga en cuenta: incluye suministro de 1 mes de baterías y garantía de 1 año.	Cualquier cantidad que exceda **$750** por oído por año calendario

Los proveedores de audífonos de la red se enumeran en Audiólogos en el Directorio de proveedores y en la herramienta de búsqueda de proveedores en línea.

Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la vista VIS840

Descripción de la cobertura
Usted puede recibir los siguientes servicios rutinarios relacionados con la vista no cubiertos por Medicare:

Descripción del beneficio	Usted paga
Examen rutinario de la vista • Incluye examen de la vista/refracción y dilatación • 1 examen por año calendario	**$0**
Elección de 1 opción de anteojos por año del plan:	
Opción 1 de artículos para la vista • Anteojos: montura, lentes y adaptación; • Lentes de contacto, convencionales o desechables, y adaptación	Cualquier cantidad que exceda **$200**
Opción 2 de artículos para la vista Opción de 2 par(es) de anteojos seleccionados**, montura y lentes, por año del plan Puede elegir anteojos de sol recetados como 1 par	**$0****
Los complementos de anteojos incluyen un filtro de protección ultravioleta y una capa contra rayaduras.	**$0**

**Consulte a un proveedor para la vista de la red para obtener más información sobre la opción de anteojos sin costo.
Los proveedores para la vista de la red se enumeran bajo Optometrists (Optometristas) en el Directorio de proveedores y en la herramienta de búsqueda de proveedores en línea.

- Los copagos, coseguros y deducibles pagados por los beneficios suplementarios no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de desembolso personal.
- Tenga en cuenta: los beneficios son ofrecidos en base al año calendario. Si estos beneficios se cambian o se eliminan el próximo año o el año después y usted no los ha utilizado, dejará de ser elegible para recibir los beneficios descritos anteriormente.

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le indica los servicios que están "excluidos" de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, este plan no los cubre.

La siguiente tabla describe los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que están cubiertos solamente bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted excepto en las condiciones específicas que se enumeran a continuación. Aun si recibe los servicios en un centro de emergencia, los servicios excluidos no se cubren y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y se decide tras la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Si desea información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3 de este documento.)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solamente bajo condiciones específicas
Cargos por los equipos utilizados principal y habitualmente con fines no médicos, aunque el artículo tenga algún uso remoto relacionado con la medicina.		Cubiertos solamente cuando sean considerados necesarios por razones médicas.
Procedimientos o cirugías estéticas		• Cubiertos en los casos de lesiones por accidente o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con malformaciones. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de la mama sobre la que se realizó una mastectomía, así como también la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.
Cuidado personal no médico. El cuidado personal no médico es cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solamente bajo condiciones específicas
Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales. Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare original generalmente define como no aceptados por la comunidad médica.		Pueden estar cubiertos por Medicare original, dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Gastos generados por cuidado médico por parte de familiares directos o personas que habiten en su hogar.	✓	
Cuidado de enfermería de tiempo completo en el hogar.	✓	
Los servicios domésticos incluyen ayuda básica del hogar, incluyendo tareas simples del hogar o preparación de comidas sencillas.	✓	
Servicios de naturópatas (utilizan tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Cuidado dental que no sea rutinario		El cuidado dental requerido para tratar una enfermedad o lesión puede cubrirse como cuidado médico para un paciente internado o ambulatorio.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		Zapatos que forman parte de un arnés de pierna y están incluidos en el costo del arnés. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
Artículos personales, tales como teléfono o televisor en la habitación del hospital o del centro de enfermería especializada.	✓	
Habitación privada en un hospital.		Cubierta solamente cuando sea considerada necesaria por razones médicas.
Procedimientos para la reversión de la esterilidad o suministros de anticoncepción no recetados.	✓	
Servicios que no se consideran razonables y necesarios, según las normas de Medicare original	✓	

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios o en cualquier otro lugar de esta *Evidencia de cobertura*, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por Medicare original ni por nuestro plan:**

- Queratotomía radial, cirugía LASIK, y otros accesorios para la vista deficiente. No obstante, los anteojos están cubiertos para las personas después de una cirugía de cataratas, y según se describe en la Tabla de beneficios médicos, sujeto a limitaciones.

- Servicios provistos a veteranos en los centros de Asuntos para Veteranos (VA, por sus siglas en inglés). No obstante, cuando los servicios en casos de emergencia se reciben en un hospital de VA y los costos compartidos de VA son mayores que los costos compartidos dentro de nuestro plan, reembolsaremos a los veteranos la diferencia. Los afiliados continúan siendo responsables por las cantidades de nuestros costos compartidos.

Entre las exclusiones de Beneficios suplementarios obligatorios de servicios dentales, se incluyen pero no se limitan a las siguientes:

- Los dentistas de la red han aceptado proveer servicios a tarifas contratadas (el cuadro de tarifas dentro de la red o INFS, por sus siglas en inglés). Si un afiliado visita a un dentista participante de la red, el afiliado no recibirá una factura por cargos superiores a los del cuadro de tarifas negociadas por los servicios cubiertos (el pago de coseguro continúa siendo aplicable).
- Los servicios recibidos de un dentista fuera de la red no son beneficios cubiertos.
- Colocación inicial o reemplazo de una dentadura postiza anterior que no sirva y que no pueda repararse. Las dentaduras postizas de repuesto no están cubiertas.
- El revestimiento dental puede no ser cubierto dentro de los seis meses de la colocación inicial de la dentadura postiza o en dentaduras postizas de repuesto.
- Gastos incurridos mientras es elegible para cualquier ley o decreto de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, más allá de que haya solicitado o no la cobertura.
- Servicios que cumplan con los siguientes requisitos:
  - Sean gratis o que no debería pagarlos si no tuviera este seguro, a menos que se reciban cargos de parte del gobierno estadounidense que sean reembolsables al gobierno o a cualquiera de sus agencias, según lo requiera la ley.
  - Proporcionados o pagaderos por cualquier plan o ley a través de cualquier subdivisión gubernamental o política (no incluye Medicare ni Medicaid).
  - Proporcionados por cualquier hospital, institución o agencia que pertenezca o sea dirigida por el gobierno estadounidense para cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
- Cualquier pérdida causada o empeorada por la guerra o un acto bélico, ya sea declarado o no, por un acto de conflicto armado internacional, o por un conflicto que involucre a las fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
- Cualquier gasto que surja del llenado de formularios.
- Si no asiste a una cita con el dentista.
- Cualquier servicio que consideremos odontología estética, a menos que sea necesario como resultado de una lesión accidental sufrida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos los siguientes servicios como odontología estética:
  - Revestimiento de coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los soportes) posteriores al segundo bicúspide.
  - Cualquier servicio para corregir una malformación congénita.
  - Cualquier servicio cuyo principal objetivo sea mejorar la apariencia o la caracterización y la personalización de los componentes de dispositivos protésicos.
- Cualquier servicio relacionado con lo siguiente:
  - Alteración de la dimensión vertical de los dientes.
  - Restauración o mantenimiento de la oclusión.

  - Ferulización de dientes, incluidos múltiples soportes, o cualquier servicio para estabilizar un diente periodontalmente debilitado.
  - Reemplazo de estructuras dentales perdidas como resultado de abrasión, atrición, erosión o abfracción.
  - Registro de mordida o análisis de mordida.
- Control de una infección, por ejemplo, técnicas de esterilización.
- Cargos por tratamiento llevado a cabo por alguien que no sea un dentista, excepto para raspado, limpieza dental y aplicación tópica de flúor, los cuales puede realizarlos un higienista dental con licencia. El tratamiento se debe realizar bajo la supervisión del dentista, de acuerdo con las normas odontológicas generalmente aceptadas.
- Cualquier hospital, centro quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
- Medicamentos recetados o premedicación, ya sean dispensados o recetados.
- Cualquier servicio que no está mencionado específicamente en la información sobre la cobertura.
- Cualquier servicio que determinemos que no es necesario según criterio odontológico; no ofrece un pronóstico favorable; no cuenta con respaldo profesional uniforme; o cuyos fines son de naturaleza experimental o de investigación.
- Servicios de ortodoncia.
- Cualquier gasto en que se haya incurrido antes de su fecha de vigencia o después de la fecha en la que finaliza este beneficio suplementario.
- Servicios provistos por alguien que vive normalmente con usted o que es miembro de su familia.
- Cargos que exceden el límite de reembolso para el servicio.
- Tratamiento derivado de cualquier lesión o enfermedad corporal autoinfligida de forma intencional.
- Anestesia local, irrigación, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento o preparación de tejidos asociada con el molde o la colocación de una restauración cuando se cobre como un servicio aparte. Estos servicios se consideran parte integral del servicio dental completo.
- Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
- Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema en la articulación de la mandíbula, incluida cualquier disfunción de la articulación temporomandibular, disfunción craneomandibular, craneomaxilar u otras afecciones de la articulación que une los huesos de la mandíbula con el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales que se usan en las funciones de expresión y masticación, para síntomas que incluyen, entre otros, dolores de cabeza.

Entre las exclusiones de Beneficios suplementarios obligatorios de servicios para la audición, se incluyen pero no se limitan a las siguientes:

- Cualquier cargo por exámenes, pruebas, evaluaciones o cualquiera de los servicios por encima de los máximos indicados.
- Cualquier gasto que esté cubierto por Medicare o por cualquier otro programa del gobierno o plan de seguro, o por el cual usted no esté legalmente obligado a pagar.
- Servicios provistos por autorización o consulta médica.
- Cualquier tarifa por readaptación por audífonos dañados o perdidos.
- Cualquier cargo por servicios prestados por un proveedor de audífonos que no pertenece a la red. Los proveedores de audífonos dentro de la red se reservan el derecho de brindar servicio únicamente para dispositivos comprados de proveedores dentro de la red.
- Audífonos y consultas con el proveedor para brindar servicios de audífonos (excepto los descritos específicamente en los Beneficios cubiertos), moldes auriculares, accesorios para audífonos, cargos por devolución, cargos por reclamación de garantía y baterías para audífonos (más allá del límite cubierto).

Entre las exclusiones de Beneficios suplementarios obligatorios de servicios para la vista, se incluyen pero no se limitan a las siguientes:

- Cualquier beneficio recibido de un proveedor de servicios ópticos que no pertenece a la red.
- Readaptación o cambio en el diseño de los lentes después de la adaptación inicial.
- Cualquier gasto que surja del llenado de formularios.
- Cualquier servicio que no esté mencionado específicamente en el beneficio suplementario.
- Terapia ortóptica o entrenamiento de la vista.
- Dispositivos para la vista subnormal y exámenes relacionados.
- Lentes aniseicónicas.
- Lentes para deportistas o industriales.
- Prismas (no cubiertos con subsidio, pero pueden estar disponibles a una tarifa con descuento sobre el precio minorista; consulte con el proveedor para obtener detalles)
- Cualquier servicio que consideremos estético.
- Cualquier gasto en que se haya incurrido antes de su fecha de vigencia o después de la fecha en la que finaliza este beneficio suplementario.
- Servicios provistos por alguien que vive normalmente con usted o que es miembro de su familia.
- Cargos que exceden la cantidad del subsidio para el servicio.
- Tratamiento derivado de cualquier lesión o enfermedad corporal autoinfligida de forma intencional.
- Lentes planas.
- Tratamiento médico o quirúrgico del ojo, los ojos o las estructuras de soporte.
- Gafas de sol no recetadas.
- Dos pares de anteojos en lugar de lentes bifocales.
- Servicios o materiales provistos por cualquier otro plan de beneficios grupales que proporcione cuidado para la vista.
- Tratamiento correctivo de la vista con fines de naturaleza experimental.
- Soluciones o productos de limpieza para anteojos o lentes de contacto.
- Artículos no recetados.
- Costos relacionados con materiales de seguridad.
- Servicios pre y posoperatorios.
- Ortoqueratología.
- Mantenimiento rutinario de los materiales.
- Lentes pintados artísticamente.
- Gastos incurridos mientras califica para cualquier programa de compensación laboral o ley o decreto de enfermedad ocupacional, más allá de que haya solicitado o no la cobertura.
- Servicios que cumplan con los siguientes requisitos:
  - Sean gratis o que no debería pagarlos si no tuviera este seguro, a menos que se reciban cargos de parte del gobierno estadounidense que sean reembolsables al gobierno o a cualquiera de sus agencias, según lo requiera la ley.
  - Proporcionados o pagaderos por cualquier plan o ley a través de cualquier subdivisión gubernamental o política (no incluye Medicare ni Medicaid).
  - Proporcionados por cualquier hospital, institución o agencia que pertenezca o sea dirigida por el gobierno estadounidense para cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
- Cualquier pérdida causada o empeorada por la guerra o un acto bélico, ya sea declarado o no, por un acto de conflicto armado internacional, o por un conflicto que involucre a las fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
- Si no asiste a una cita.
- Cualquier hospital, centro quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
- Medicamentos recetados o premedicación, ya sean dispensados o recetados.
- Cualquier servicio que determinemos que no es necesario según criterio oftalmológico; no ofrece un pronóstico favorable; no cuenta con respaldo profesional uniforme; o cuyos fines son de naturaleza experimental o de investigación.

- Reemplazo de lentes o monturas de anteojos proporcionados por este beneficio suplementario que se hayan roto o perdido, a menos que estén disponibles de otro modo conforme al beneficio suplementario.
- Cualquier examen o material requerido por un patrono como condición de empleo o de protección ocular.
- Tratamiento de una patología.

El plan no cubrirá los servicios excluidos enumerados anteriormente. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, no se cubren los servicios excluidos.

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

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las normas para el uso de su cobertura para 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 hospicio.

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

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

- Un proveedor (un médico, un dentista u otro profesional que receta) debe extenderle una receta, que debe ser válida según las leyes estatales aplicables.
- El profesional que receta no debe figurar en las listas de exclusión o caducidad de Medicare.
- Generalmente, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su medicamento recetado. (Consulte la Sección 2, *Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar incluido en la *Guía de medicamentos recetados* (*Formulario*) del plan (para abreviar, la llamamos "Guía de medicamentos"). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar incluidos en la "Guía de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada por razones médicas. Una "indicación aceptada por razones médicas" es el uso de un medicamento que está o bien aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o bien respaldado por determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación aceptada por razones médicas).

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

Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados se cubren *solo* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos recetados que se surten en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene contrato con el plan para proveerle sus medicamentos recetados cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" hace referencia a todos los medicamentos recetados de la Parte D en la Guía de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de proveedores*, visitar nuestro sitio web (**www.careplushealthplans.com/directories**), y/o llamar a Servicios para afiliados.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Puede comunicarse con nosotros para obtener más información sobre cómo sus gastos de desembolso personal podrían ser diferentes para diferentes medicamentos.

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

Si la farmacia que ha estado utilizando abandona la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que forme parte de la red. Para buscar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios para afiliados o utilizar el *Directorio de proveedores*. También puede encontrar información en nuestro sitio web **http://www.careplushealthplans.com/directories**.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos recetados se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que proporcionan medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que proporcionan medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Generalmente, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene problemas para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con Servicios para afiliados.
- Farmacias que atienden al Servicio de salud para indígenas, el Programa de salud tribal o el Programa urbano de salud para indígenas (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los indígenas nativos estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Las farmacias que administran medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) restringe a determinados lugares, o que requieren manipulación especial, coordinación con el proveedor o asesoramiento sobre su utilización. (**Tenga en cuenta**: esta situación debería suceder con poca frecuencia).

Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de proveedores* o llame a Servicios para afiliados.

Sección 2.3 Uso del servicio de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos que se proveen a través de pedido por correo son medicamentos que usted toma con regularidad para una afección médica crónica o de largo plazo. Estos medicamentos están marcados como **medicamentos "de pedido por correo"** en nuestra Guía de medicamentos.

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

Tenemos farmacias de pedido por correo en nuestra red que ofrecen costos compartidos estándares y farmacias de pedido por correo que ofrecen costos compartidos preferidos. Puede usar cualquiera pero su porción del costo

generalmente será menor con una farmacia de pedido por correo que ofrece costos compartidos preferidos. Si usa una farmacia de pedido por correo que no está en la red del plan, su medicamento recetado no será cubierto.

Para obtener formularios de pedido y la información sobre cómo surtir sus medicamentos recetados por correo, póngase en contacto con Servicios para afiliados.

Generalmente, usted recibirá un pedido de una farmacia de pedido por correo en un plazo no mayor a 10 días hábiles. Cuando piense usar una farmacia de pedido por correo, es una buena precaución pedirle al médico que escriba dos recetas para los medicamentos: una la enviará para pedirlos por correo, y otra la puede surtir en persona en una farmacia dentro de la red si su pedido por correo no llega a tiempo. De esa manera, no tendrá un período sin medicamento si su pedido por correo se demora. Si tiene problemas para surtir sus medicamentos mientras espera por el pedido por correo, llame a Servicios para afiliados.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
La farmacia surtirá y entregará automáticamente nuevas recetas que reciba de los proveedores de cuidado de la salud, sin consultar con usted primero, si:

- Ha usado los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- Usted se inscribe para la entrega automática de los medicamentos de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de cuidado de la salud. Usted puede solicitar la entrega automática de todos los medicamentos recetados nuevos en cualquier momento llamando a Servicios para afiliados.

Si recibe un medicamento recetado de forma automática por correo que usted no quiere, y por el que no se le contactó para consultarle si lo quería antes de ser enviado, es posible que usted sea elegible para un reembolso.

Si ha utilizado el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia le surta y envíe cada nuevo medicamento recetado automáticamente, contáctenos llamando a Servicios para afiliados.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo y/o decide no continuar con el surtido automático de nuevos medicamentos recetados, la farmacia lo contactará cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de cuidado de la salud para ver si desea que el medicamento sea surtido y enviado inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarle si debe enviar, demorar o cancelar la nueva receta.

Para optar por no recibir envíos automáticos de los medicamentos de las nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de la salud, por favor contáctenos llamando a Servicios para afiliados.

Repeticiones de medicamentos recetados de pedido por correo.
Para las repeticiones de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa automático de repetición de recetas. Según este programa, comenzaremos a procesar su próxima repetición de receta automáticamente cuando nuestros registros indiquen que debe estar cerca de quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada repetición de receta para asegurarse de que necesita más medicamentos, y puede cancelar las repeticiones programadas si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado.

Si decide no utilizar nuestro programa de repetición automática pero aún desea que la farmacia de envío por correo le envíe su medicamento recetado, comuníquese con su farmacia 14 días hábiles antes de que se le termine su receta actual. Esto garantizará que su pedido se envíe a tiempo.

Para excluirse de nuestro programa que prepara automáticamente repeticiones de recetas por correo, comuníquese con nosotros.

Si recibe automáticamente por correo una repetición de receta que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

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

Cuando usted recibe un suministro de medicamentos a largo plazo, sus costos compartidos pueden ser inferiores. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro prolongado") de medicamentos "de mantenimiento" en la Guía de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma con regularidad para una afección médica crónica o de largo plazo).

Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de proveedores* le informa las farmacias de nuestra red que pueden proveerle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para afiliados para obtener más información.

También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de envío por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan?

Su medicamento recetado puede cubrirse en determinadas situaciones

Por lo general, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus medicamentos recetados como afiliado de nuestro plan.
Consulte primero a Servicios para afiliados para saber si hay una farmacia de la red cercana. Es muy probable que deba pagar la diferencia entre lo que usted 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 medicamentos recetados que se surten en una farmacia fuera de la red:

- **Si necesita un medicamento recetado debido a una emergencia médica**
  - Cubriremos medicamentos recetados que se surtan en farmacias fuera de la red (hasta un suministro de 30 días) en caso de que los medicamentos estén relacionados con el cuidado de una emergencia médica. En esta situación, usted tendrá que pagar el costo total (en lugar de solo pagar su copago o coseguro) cuando surta el medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde enviándonos un formulario de reclamación en papel. Si el medicamento recetado está cubierto, se cubrirá a una tarifa por fuera de la red. Si usted va a una farmacia fuera de la red, usted podría ser responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por un medicamento recetado surtido en una farmacia dentro de la red y lo que le cobró por su medicamento recetado la farmacia fuera de la red. (El Capítulo 7, Sección 2.1 le explica cómo debe solicitar al plan el reembolso).
- **Si necesita cobertura mientras viaja fuera del área de servicio del plan**

- Si usted regularmente toma un medicamento recetado y se va de viaje, asegúrese de revisar el suministro de su medicamento antes de viajar. En lo posible, lleve toda la cantidad del medicamento que necesite. Es posible que pueda hacer un pedido de sus medicamentos recetados de antemano a través de nuestro servicio de pedido por correo, o a través de una farmacia minorista de la red que ofrezca suministros prolongados. Si usted está viajando fuera del área de servicio de su plan, pero dentro de los EE.UU. y sus territorios y se enferma, o se le acaban sus medicamentos recetados, llame a Servicios para afiliados para encontrar una farmacia de la red en su área donde pueda surtir su medicamento recetado. Si no hay disponible una farmacia de la red, cubriremos los medicamentos recetados que usted surta en una farmacia fuera de la red (hasta un suministro de 30 días) si usted sigue todas las demás reglas de la cobertura identificadas en este documento. En esta situación, usted tendrá que pagar el costo total (en lugar de solo pagar su copago o coseguro) cuando surta el medicamento recetado.

- **Si el medicamento recetado está cubierto, se cubrirá a una tarifa por fuera de la red.** Usted podría ser responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por un medicamento recetado surtido en una farmacia dentro de la red y lo que le cobró por su medicamento recetado la farmacia fuera de la red. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde enviándonos un formulario de reclamación en papel. (El Capítulo 7, Sección 2.1 le explica cómo debe solicitar al plan el reembolso).

- **Sin embargo, tenga en cuenta que la sucesión de varios casos de reclamaciones de farmacias fuera de la red que no sean de emergencia resultará en reclamaciones rechazadas. Además, no podemos pagar por medicamentos robados o por medicamentos recetados que se surtan en farmacias fuera de los Estados Unidos y sus territorios, incluso si se trata de una emergencia médica, como, por ejemplo, en un crucero cuando se encuentre fuera de los Estados Unidos.**

Otras ocasiones en que sus medicamentos recetados pueden ser cubiertos al ser surtidos en farmacias fuera de la red. Estas situaciones se cubrirán a una tarifa por fuera de la red. En estas situaciones, usted tendrá que pagar el costo total (en lugar de solo pagar su copago o coseguro) cuando surta su medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde enviándonos un formulario de reclamación en papel. Si usted va a una farmacia o proveedor fuera de la red, usted podría ser responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por un medicamento recetado surtido en una farmacia dentro de la red y lo que le cobró por su medicamento recetado la farmacia fuera de la red. (El Capítulo 7, Sección 2.1 le explica cómo debe solicitar al plan el reembolso). Cubriremos su medicamento recetado surtido en una farmacia fuera de la red, si al menos una de las siguientes opciones aplica:

- No puede obtener un medicamento cubierto que necesita de inmediato debido a que no hay farmacias de la red abiertas dentro de una distancia razonable para conducir.
- Su receta es para un medicamento de especialidad que las farmacias dentro de la red generalmente no tienen en existencia.
- Era elegible para Medicaid al momento en que recibió el medicamento recetado incluso si aún no estaba inscrito. Esto se conoce como inscripción retroactiva.
- Fue evacuado de su casa debido a una emergencia de salud pública, estatal o federal y no tiene acceso a una farmacia dentro de la red.
- Si usted recibe un medicamento recetado cubierto de una farmacia institucional mientras se encuentra como paciente en la sala de emergencias, clínica de un proveedor, clínica de cirugía ambulatoria u otro centro ambulatorio.

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

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar la totalidad del costo (en lugar de la parte habitual que le corresponde del costo) al momento de surtir su medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1 le explica cómo debe solicitar al plan el reembolso).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la "Guía de medicamentos" del plan

Sección 3.1 La "Guía de medicamentos" le informa los medicamentos de la Parte D que están cubiertos

El plan tiene una "*Guía de medicamentos recetados* (*Formulario*)". En esta *Evidencia de cobertura*, **se llama "Guía de medicamentos", para abreviar**.

Los medicamentos de esta lista están 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 Guía de medicamentos son solamente aquellos que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Guía de medicamentos del plan siempre que usted cumpla con las demás normas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación aceptada por razones médicas. Una "indicación aceptada por razones médicas" es el uso de un medicamento que está *o bien*:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o afección para la que fue recetado).
- -- *o bien* -- Respaldado por determinadas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System.

La Guía de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos, y biosimilares

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre con marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo medicamentos que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la Guía de medicamentos, cuando hablamos de "medicamentos", esto podría significar un medicamento o producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Dado que productos biológicos son más complejos que medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y biosimilares son igualmente efectivos que el medicamento de marca o producto biológico y con frecuencia su costo es inferior. Existen medicamentos genéricos sustitutos o alternativas de biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

Medicamentos de venta sin receta

Nuestro plan también cubre determinados medicamentos de venta sin receta. Algunos medicamentos de venta sin receta son menos costosos que los medicamentos recetados e igualmente efectivos. Para obtener más información, llame a Servicios para afiliados.

¿Qué *no* incluye la Guía de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

Sección 3.2 Existen cinco "niveles de costos compartidos" para los medicamentos en la Guía de medicamentos

Cada medicamento en la Guía de medicamentos del plan está en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, más alto será el costo de su medicamento:

- **Nivel 1 de costos compartidos – Genéricos preferidos:** medicamentos genéricos o de marca que están disponibles a los costos compartidos más bajos para este plan.
- **Nivel 2 de costos compartidos – Genéricos:** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo superior al costo de los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1. Las insulinas seleccionadas como parte del **Programa de Ahorro de Insulinas** están incluidas en este nivel. Puede identificar las insulinas seleccionadas por el indicador "**ISP**" en la Guía de medicamentos.
- **Nivel 3 de costos compartidos – De marca preferidos:** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo inferior al costo de los medicamentos no preferidos del Nivel 4. Las insulinas seleccionadas como parte del **Programa de Ahorro de Insulinas** están incluidas en este nivel. Puede identificar las insulinas seleccionadas por el indicador "**ISP**" en la Guía de medicamentos.
- **Nivel 4 de costos compartidos – Medicamentos no preferidos:** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo superior al costo de los medicamentos de Marca preferidos del Nivel 3.
- **Nivel 5 de costos compartidos – Nivel de especialidad:** algunos medicamentos inyectables y otros de alto costo.

Para saber en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, búsquelo en la Guía de medicamentos del plan.

La cantidad que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costos compartidos se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Sección 3.3 ¿Cómo puede verificar si un medicamento específico está incluido en la Guía de medicamentos?

Tiene tres formas de verificarlo:

1. Consulte la Guía de medicamentos más reciente que le proporcionamos por medios electrónicos. (Tenga en cuenta: la Guía de medicamentos que le proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos utilizados más habitualmente por nuestros afiliados. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no se incluyeron en la Guía de medicamentos que le proporcionamos. Si alguno de sus medicamentos no está en la Guía de medicamentos, visite nuestro sitio web o póngase en contacto con Servicios para afiliados para verificar si está cubierto por el plan).

2. Visite el sitio web del plan (**www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2023-prescription-drug-guides**). La Guía de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.

3. Llame a Servicios para afiliados para verificar si un medicamento en particular está incluido en la Guía de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Algunas normas especiales restringen cómo y cuándo el plan cubre determinados medicamentos recetados. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Para verificar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desee tomar, consulte la Guía de medicamentos. Si un medicamento seguro y de costo inferior sea médicamente tan efectivo como un medicamento de costo superior, las normas del plan están diseñadas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de costo inferior.

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

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las siguientes secciones le proveen más información sobre los tipos de restricciones que utilizamos para determinados medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberá tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios para afiliados para obtener información sobre lo que usted o su proveedor tendrían que hacer para obtener la cobertura del medicamento. Si desea estar exento de la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que realicemos una excepción. Podemos aceptar o no la exención de la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Restricción de medicamentos de marca cuando está disponible una versión genérica

Generalmente, un medicamento "genérico" funciona de la misma manera que un medicamento de marca y con frecuencia tiene un costo menor. **Cuando una versión genérica de un medicamento de marca está disponible, nuestras farmacias de la red le proveerán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado los motivos médicos por los que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección serán efectivos para usted, cubriremos el medicamento de marca. (La parte que le corresponde del costo puede ser superior para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtención de la aprobación previa del plan

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor debe obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir su medicamento. Esto se llama "**autorización previa**". Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene dicha aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por el plan.

Primero pruebe un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero, por lo general, igualmente efectivos, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si un Medicamento A y un Medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede exigirle que primero pruebe el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona en su caso, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar en primer lugar un medicamento diferente se denomina "**terapia por fases**".

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surte una receta médica. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro que tome solo una píldora por día de 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 usted desearía?

Sección 5.1 Hay pasos que puede seguir si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desearía

Hay situaciones en las cuales hay un medicamento recetado que usted toma, o uno que usted y su proveedor consideran que debería tomar que no se encuentra en nuestro formulario o que se encuentra en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O tal vez se cubra una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales en la cobertura de dicho medicamento como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero pertenece a un nivel de costos compartidos que lo hace más costoso de lo que cree conveniente.

- Hay pasos que puede seguir si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desearía. Si su medicamento no está en la Guía de medicamentos o si el medicamento tiene restricciones, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que lo hace más costoso de lo que cree conveniente, consulte la Sección 5.3 para saber lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Guía de medicamentos o está restringido, tiene estas opciones:

- Es posible que pueda recibir un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda recibir un suministro temporal

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

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

Si usted es un afiliado nuevo, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros ***90 días*** de su afiliación al plan.

Si estuvo en el plan el año anterior, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros ***90 días*** del año calendario.

Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su medicamento está recetado por menos días, permitiremos múltiples surtidos para proveerle hasta un máximo de 30 días de suministro del medicamento. El medicamento recetado se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidado a largo plazo puede proveer el medicamento en cantidades menores por vez para evitar malgasto).

- **Para los afiliados que han permanecido en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de cuidado a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de emergencia 31 días de un medicamento particular, o menos si el medicamento está recetado por menos días. Esto es adicional al suministro temporal anterior.

- **Suministro de transición para afiliados actuales con cambios en el lugar de tratamiento:**
  Si el lugar donde recibe tratamiento cambia durante el año del plan, puede necesitar un suministro a corto plazo de los medicamentos durante la transición. Por ejemplo:

- Le dan de alta de un hospital o centro de enfermería especializada (donde sus pagos de la Parte A de Medicare incluyen costos de medicamentos) y necesita un medicamento recetado de una farmacia para continuar tomando el medicamento en su casa (usando el beneficio del plan de la Parte D); o

- Usted se transfiere de un centro de enfermería especializada a otro.

Si cambia de lugar de tratamiento y necesita surtir un medicamento recetado en una farmacia, cubriremos hasta un suministro de 31 días de un medicamento cubierto por la Parte D de Medicare, para que no se interrumpa su tratamiento con el medicamento.

Si usted cambia de lugar de tratamiento varias veces durante el mismo mes, posiblemente deba solicitar una excepción o una autorización previa para la cobertura ininterrumpida de su medicamento.

Políticas para el suministro temporal de medicamentos durante el período de transición

Consideramos los primeros 90 días del año del plan del 2023 un período de transición si es un afiliado nuevo, cambió de planes o hubo cambios en su cobertura para medicamentos. Como se describió antes, existen varias maneras en las que podemos asegurarnos de que obtenga un suministro temporal de sus medicamentos, si fuera necesario, durante el período de transición.

Durante los primeros 90 días, puede obtener un suministro temporal si tiene una receta actual para un medicamento que no se encuentra en nuestra Guía de medicamentos, o requiere autorización previa debido a restricciones. Las condiciones para obtener un suministro temporal se describen a continuación.

Suministro de transición por única vez en una farmacia minorista o de pedido por correo

Cubriremos hasta un suministro de 30 días de un medicamento cubierto por la Parte D de Medicare. Mientras tenga su suministro temporal, hable con su médico sobre qué debe hacer después de haber usado el suministro temporal. Es posible que pueda cambiar a un medicamento cubierto que sea igualmente efectivo para usted. Usted y su médico pueden solicitar una excepción si piensa que es necesario continuar con el mismo medicamento por razones médicas.

Suministro de transición si se encuentra en un Centro de cuidado a largo plazo

Cubriremos hasta un suministro de 31 días de un medicamento cubierto por la Parte D de Medicare. Esta cobertura está disponible en cualquier momento durante el período de transición de 90 días, siempre que su medicamento recetado actual se surta en una farmacia en un centro de cuidado a largo plazo.

Si tiene problemas para obtener un medicamento recetado más adelante en el año del plan (después del período de transición de 90 días), cubriremos un suministro de emergencia de hasta 31 días de un medicamento cubierto por la Parte D de Medicare. El suministro de emergencia le permitirá continuar con su tratamiento con el medicamento mientras que usted y su médico solicitan una excepción o autorización previa para continuar.

Extensión del período de transición

Si solicitó una excepción o presentó una apelación por la cobertura de un medicamento, puede que sea posible extender el período de transición temporal mientras procesamos su solicitud. Si piensa que debemos extender el período de transición para asegurarse de recibir los medicamentos según los necesite, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Costos de los suministros temporales

Su copago o coseguro por el suministro temporal de un medicamento se basará en los niveles de costos compartidos de medicamentos aprobados de su plan. Si es elegible para un subsidio por ingresos limitados (LIS, por sus siglas en inglés) en 2023, su copago o coseguro no excederá su límite de LIS.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para afiliados.

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

Puede cambiar por otro medicamento

Hable con su proveedor acerca de si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría ser igualmente de efectivo para usted. Puede llamar a Servicios para afiliados 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 ser eficaz para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la forma en que usted lo desearía. Si su proveedor manifiesta que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede solicitar al plan que cubra un medicamento, aunque no esté incluido en la Guía de medicamentos del plan. O puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un afiliado actual y un medicamento que toma se retirará del formulario o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le avisaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Usted puede solicitar una excepción antes del próximo año y le proveeremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

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

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que cree que es demasiado alto?

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que cree que es demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar por otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que cree que es demasiado alto, hable con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costos compartidos inferior que podría ser igualmente efectivo para usted. Llame a Servicios para afiliados 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 ser eficaz para usted.

Puede solicitar una excepción

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

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

Los medicamentos en nuestro Nivel de especialidad no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos la cantidad de costos compartidos para los medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1 La Guía de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos se produce al comienzo de cada año (1 de enero). No obstante, durante el año, el plan puede realizar algunos cambios a la Guía de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Añadir o quitar medicamentos de la Guía de medicamentos.**
- **Cambiar medicamentos a un nivel superior o inferior de costos compartidos.**
- **Añadir o quitar una restricción a la cobertura de un medicamento**.
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Guía 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 hacen cambios a la Guía de Medicamentos, publicamos en nuestro sitio web información sobre dichos cambios. También actualizamos nuestra Guía de medicamentos en línea de forma regular. A continuación, se indican las ocasiones en las que se le avisaría directamente a usted si se hacen cambios en un medicamento que esté tomando.

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la Guía de medicamentos (o cambiamos el nivel de costos compartidos o añadimos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambas cosas)**
  - Podemos retirar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Guía de medicamentos si lo estamos reemplazando con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel inferior y con las

mismas o menos restricciones. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Guía de medicamentos, pero trasladarlo inmediatamente a un nivel superior de costos compartidos o añadir nuevas restricciones, o ambas cosas, cuando se añade el nuevo medicamento genérico.

- Es posible que no se lo informemos por adelantado antes de hacer ese cambio, aunque usted esté usando el medicamento de marca. Si está usando el medicamento de marca en el momento que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre las medidas que puede tomar para solicitar una excepción de modo que cubramos el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.

- Usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo su medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Guía de medicamentos que se retiran del mercado**

  - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o sacarse del mercado por otro motivo. En este caso, podríamos retirar de inmediato el medicamento de la Guía de medicamentos. Si usted utiliza ese medicamento, le informaremos inmediatamente.

  - El profesional que receta también tendrá conocimiento de ese cambio y puede ocuparse de buscar con usted otro medicamento para su afección.

- **Otros cambios en los medicamentos de la Guía de medicamentos**

  - Una vez iniciado el año, podemos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que esté usando. Por ejemplo, podríamos añadir un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Guía de medicamentos, o cambiar el nivel de costos compartidos o añadir nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas. También podríamos hacer cambios basados en advertencias de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

  - Para estos cambios, debemos informarle sobre el cambio con al menos 30 días de anticipación o bien informarle sobre el cambio y proveerle una repetición para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.

  - Después de recibir el aviso del cambio, debe consultar con su profesional que receta para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para respetar cualquier restricción nueva para el medicamento que está tomando.

  - Usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento para usted. Si desea información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Guía de medicamentos que no le afectan durante este año del plan

Podemos hacer ciertos cambios en la Guía de medicamentos que no están descritos más arriba. En estos casos, los cambios no se aplicarán a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio. Sin embargo, es probable que estos cambios le 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 actual del plan son:

- Cambiamos el medicamento a un nivel superior de costos compartidos.
- Imponemos una nueva restricción para el uso de su medicamento.
- Quitamos su medicamento de la Guía de medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios para un medicamento que está tomando (excepto por el retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio expresado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como la parte que le corresponde del costo hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, es probable que no note ningún incremento en sus pagos o ninguna restricción adicional en su uso del medicamento.

No le informaremos directamente sobre estos tipos de cambios durante el año actual del plan. Deberá consultar la Guía 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 le 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 indica los tipos de medicamentos recetados que están "excluidos". Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si recibe medicamentos que están excluidos, deberá pagarlos usted (excepto ciertos medicamentos excluidos cubiertos en nuestra cobertura de medicamentos mejorada). Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido por la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por las Partes A o B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir los usos no prescritos. El "uso no prescrito" es cualquier uso del medicamento distinto a los usos indicados en el prospecto del medicamento según la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos.
  - La cobertura de los "usos no prescritos" se permite solo en los casos en los que el uso esté respaldado por determinadas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System.

Además, según lo exige la ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare. (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se listan a continuación a través de la

cobertura para medicamentos mejorada, por la que se le puede cobrar una prima adicional. A continuación, se provee más información):

- Medicamentos no recetados (también llamados medicamentos de venta sin receta)
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y los preparados de flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante solicite que se adquieran las pruebas asociadas o servicios de monitoreo exclusivamente del fabricante como condición de venta

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados (cobertura de medicamentos mejorada) que por lo general no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare (cobertura para medicamentos mejorada).

- Medicamentos para la disfunción eréctil
- Vitaminas recetadas

La cantidad que usted paga no se tiene en cuenta para ser elegible para la Etapa de cobertura catastrófica. (La Etapa de cobertura catastrófica se describe en el Capítulo 6, Sección 7 de este documento).

Además, si **recibe "Ayuda adicional"** para pagar sus medicamentos recetados, el programa "Ayuda adicional" no pagará los medicamentos que, por lo general, no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura para medicamentos a través de Medicaid, es posible que el programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos recetados que habitualmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con el programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura para medicamentos podría estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Surtir un medicamento recetado

Sección 8.1 Proporcione la información de su afiliación

Para surtir su medicamento recetado, proporcione la información de afiliación al plan, que puede encontrar en su tarjeta de afiliación, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de sus medicamentos. Usted deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo al recoger su medicamento recetado.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva con usted la información de la afiliación?

Si no lleva con usted la información de la afiliación al plan al momento de surtir su medicamento recetado, 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 tenga que pagar la totalidad del costo del medicamento recetado cuando lo recoja**. (Posteriormente puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

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

Si es admitido en un hospital o un centro de enfermería especializada en una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura descritas en este Capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)?

Por lo general, un centro de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que proporciona medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede recibir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la que el centro utilice, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores* para verificar si la farmacia de su centro de LTC o la que utiliza forma parte de nuestra red. En caso contrario, o si necesita más información o asistencia, póngase en contacto con Servicios para afiliados. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos garantizar que usted pueda recibir rutinariamente sus beneficios de la parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

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

Consulte la Sección 5.2 en relación con un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si además recibe cobertura para medicamentos de un plan grupal de su patrono o de jubilados?

Si actualmente tiene otra cobertura para medicamentos recetados a través de un plan grupal de su patrono (o el de su cónyuge) o de jubilados, póngase en contacto con **el administrador de beneficios de dicho grupo.** Le puede ayudar a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura grupal para empleados o jubilados, la cobertura para medicamentos que obtendrá de nosotros será *secundaria* a la cobertura del plan grupal. Eso significa que la cobertura grupal pagaría en primer lugar.

Nota especial sobre la "cobertura válida":

Cada año el plan grupal de su patrono o de jubilados debe enviarle una notificación que le informe si su cobertura para medicamentos recetados para el año calendario siguiente es "válida".

Si la cobertura de su plan grupal es **"válida**", significa que el plan tiene cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare.

Conserve esta notificación sobre la cobertura válida, ya que es posible que la necesite más adelante. Si se inscribe en un plan Medicare que incluye la cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estas notificaciones para demostrar que ha mantenido la cobertura válida. Si no recibió la notificación de la cobertura válida, solicite una copia del administrador de beneficios de su plan del patrono o jubilados, o del patrono o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si usted está en un hospicio certificado por Medicare?

Ni el hospicio ni nuestro plan cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., para las náuseas, el dolor o la ansiedad o un laxante) que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni con las afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir la notificación, ya sea del profesional que recete o del proveedor del hospicio, de 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 al hospicio o al profesional que receta que le notifiquen antes de surtir su medicamento recetado.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o sea dado de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar cualquier retraso en una farmacia cuando finaliza su beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas para la seguridad y la administración de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los afiliados a usar los medicamentos de manera segura

Llevamos a cabo revisiones del uso de medicamentos para nuestros afiliados para ayudar a garantizar que estén recibiendo un cuidado médico seguro y adecuado.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte un medicamento recetado. Además, realizamos una revisión de nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones buscamos problemas potenciales, tales como:

- Posibles errores de medicamento.

- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios dado que ya toma otro medicamento para tratar la misma afección.
- Medicamentos que posiblemente no sean seguros o adecuados debido a su edad o sexo.
- Determinadas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si se toman al mismo tiempo.
- Recetas de medicamentos que contienen ingredientes a los cuales usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.
- Cantidades no seguras de medicamentos analgésicos opiáceos.

Si observamos un posible problema en su uso de medicamentos, lo analizaremos junto con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los afiliados a utilizar sus medicamentos opiáceos de manera segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los afiliados utilicen con seguridad los medicamentos recetados, opioides y otros medicamentos de los cuales se hace frecuentemente un uso indebido. Este programa se denomina Programa de administración de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés). Si usa medicamentos opiáceos que obtiene a través de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podríamos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos es adecuado y necesario por razones médicas. En colaboración con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos recetados opiáceos o benzodiacepinas no es seguro, es posible que limitemos la manera en la que puede obtener esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que surta todas las recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas en una determinada farmacia.
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas a través de un determinado médico.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta explicará las limitaciones que consideramos que deberían aplicarse a su caso. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y proporcionarnos 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 para confirmar la limitación. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o nuestra limitación, usted y el profesional que receta tendrán derecho a apelar. Si solicita una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión. Si continuamos rechazando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

No formará parte de nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o enfermedad de células falciformes, si está recibiendo cuidado de hospicio, paliativo o de final de vida, o si vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Sección 10.3 Administración de la terapia con medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés) y otros programas para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos

Tenemos programas que pueden ayudar a nuestros afiliados con necesidades de salud complejas.

Hay un programa conocido como el Programa de administración de la terapia con medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Estos programas son voluntarios y gratuitos. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló los programas para ayudarnos a garantizar que nuestros afiliados obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos afiliados que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen costos altos de medicamentos, o están en un DMP para ayudar a los afiliados a usar sus opioides de manera segura, podrían obtener servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar de sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta sin receta. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma, y cuándo y por qué los toma. Además, los afiliados del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y lista de medicamentos. Lleve su resumen a la consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud. Además, mantenga actualizada su lista de medicamentos y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) por si va al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, póngase en contacto con Servicios para afiliados.

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

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información en esta *Evidencia de cobertura* acerca de los costos de medicamentos recetados de la Parte D posiblemente no le corresponde a usted**. Le enviamos la información por separado llamada "Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados" (también denominada "Cláusula del Subsidio por ingresos limitados" o "Cláusula LIS", por sus siglas en inglés), que le informa sobre su cobertura para medicamentos. Si no tiene esta información, llame a Servicios para afiliados y pida la "Cláusula LIS". Es posible que su Cláusula LIS no explique la cobertura mejorada para la insulina que ahora forma parte de este plan. Bajo este plan, usted no pagará más de $35 por un suministro de un mes (hasta 30 días) para insulina cubierta por la Parte D incluso si recibe "Ayuda Adicional."

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que le explican su cobertura para medicamentos

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo utilizamos el término "medicamento" para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos están incluidos en los medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por las Partes A o B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para entender la información sobre pagos, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus medicamentos recetados y qué normas debe seguir al recibir sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5, Secciones 1 a 4, se explican estas normas.

Sección 1.2 Tipos de gastos de desembolso personal que puede pagar por los medicamentos cubiertos

Existen diferentes tipos de gastos de desembolso personal para los medicamentos de la Parte D. La cantidad que usted paga por un medicamento se llama "costos compartidos", y hay tres maneras en que se le puede pedir que pague.

- El **"deducible"** es la cantidad que usted paga por los medicamentos que reciba antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- **"Copago"** es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte un medicamento recetado.
- **"Coseguro"** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte un medicamento recetado.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus gastos de desembolso personal

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como gastos de desembolso personal. Estas son las normas que debemos seguir para llevar un registro de sus gastos de desembolso personal.

Estos pagos <u>están incluidos</u> en sus gastos de desembolso personal

Sus gastos de desembolso personal incluyen los pagos que se listan a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando está en alguna de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de cobertura inicial
  - La Etapa del período sin cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como afiliado de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted mismo** realiza los pagos, estos se incluyen en sus gastos de desembolso personal.
- Estos pagos *también se incluyen* si los realizan a su nombre **otras personas u organizaciones determinadas.** Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, o por el Servicio de salud para indígenas. Además, se incluyen los pagos realizados por el Programa de "Ayuda adicional" de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero no se incluye la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o las personas que pagan en su nombre) haya gastado un total de **$7,400** de gastos de desembolso personal en un año calendario, pasará del Período sin cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de desembolso personal

Sus gastos de desembolso personal **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Los medicamentos que recibe en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos recetados cubiertos por las Partes A o B.
- Los pagos que usted realiza para medicamentos cubiertos dentro de nuestra cobertura adicional pero que habitualmente no están cubiertos por un Plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos que usted realiza para medicamentos recetados que habitualmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos recetados de Medicare.

- Los pagos realizados por el plan para sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en el Período sin cobertura.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por planes de salud grupal que incluyen planes de salud del patrono.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por algunos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por otras personas con una obligación legal de pagar los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, un Programa de compensación laboral).

Recuerde: si alguna otra organización, como las que se mencionaron antes paga parte de o todos los gastos de desembolso personal por medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para afiliados.

¿Cómo puede llevar un registro del total de sus gastos de desembolso personal?

- **Le ayudaremos**. El resumen *SmartSummary* que usted recibe incluye la cantidad actual de sus gastos de desembolso personal. Cuando esta cantidad alcanza un total de **$7,400**, este informe le indicará que usted ha dejado el Período sin cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria**. La Sección 3.2 le informa lo que puede hacer para ayudar a asegurarnos de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que usted se encuentra al recibir el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los afiliados de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP)?

Existen cuatro "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura para medicamentos recetados de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP). La cantidad que usted paga depende de la etapa en la que se encuentra en el momento de surtir un medicamento recetado o una repetición del medicamento recetado. 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 de 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 (hasta 30 días) por cada producto de insulina de la Parte D cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre. Esto aplica a todas las insulinas cubiertas de la Parte D, incluidas las insulinas selectas cubiertas bajo el Programa de ahorro de insulina como se describe a continuación. Si recibe "Ayuda

adicional", todavía no pagará más de $35 por un suministro de un mes por cada insulina cubierta de la Parte D. Consulte su Guía de medicamentos recetados para encontrar todas las insulinas de la Parte D cubiertas por su plan.

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

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado *SmartSummary*

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que realizó al surtir sus recetas o recibir una repetición en la farmacia. De esta forma, le podemos informar cuándo pasó de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos que registramos:

- Llevamos un registro de la cantidad que ha pagado. Esto se conoce como gastos de **"desembolso personal"**.
- Llevamos un registro de sus **"costos totales de medicamentos"**. Esta es la cantidad que usted paga de su desembolso personal, o que otras personas pagan en su nombre, más la cantidad que paga el plan.

Si ha surtido uno o más medicamentos recetados a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos un resumen *SmartSummary*. El *SmartSummary* incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe le provee los detalles de pagos de los medicamentos recetados que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagaron usted y otras personas en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se conoce como información "anual hasta la fecha". Indica el costo total de los medicamentos y el total de pagos por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información de precios de medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de medicamentos recetados de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con un costo compartido más bajo para cada reclamación de medicamentos recetados.

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

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que usted realiza por sus medicamentos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de afiliado cada vez que surta un medicamento recetado.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos acerca de los medicamentos recetados que surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** Hay momentos en que usted puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus gastos de desembolso personal. Para ayudarnos a llevar un

registro de sus gastos de desembolso personal, envíenos copias de sus recibos. Estos son algunos ejemplos de cuándo debería enviarnos copias de los recibos para los medicamentos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando realizó un copago por medicamentos provistos dentro del programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
- Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o cuando haya pagado el precio total por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan el pago de la parte del costo que nos corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.

- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas han realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones determinadas también se tienen en cuenta para los gastos de desembolso personal. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para los medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés), el Servicio de salud para indígenas y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se cuentan como gastos de desembolso personal. Mantenga un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos registrar los costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba el *SmartSummary*, revíselo para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta información, o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios para afiliados. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No existe deducible para CareBreeze Platinum (HMO C-SNP)

No existe deducible para CareBreeze Platinum (HMO C-SNP). Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primer medicamento recetado del año. Consulte la Sección 5 para obtener información acerca de su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte su medicamento recetado

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte de los costos que le corresponde por sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga la parte que a usted le corresponde (la cantidad de su copago o coseguro). La parte de los costos que le corresponde variará según el medicamento y el lugar donde surte su medicamento recetado.

El plan tiene cinco niveles de costos compartidos

Cada medicamento en la Guía de medicamentos del plan está en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el número del nivel de costos compartidos, más alto será el costo de su medicamento:

- **Nivel 1 de costos compartidos – Genéricos preferidos:** medicamentos genéricos o de marca que están disponibles a los costos compartidos más bajos para este plan.
- **Nivel 2 de costos compartidos – Genéricos:** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo superior al costo de los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1.
- **Nivel 3 de costos compartidos – De marca preferidos:** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo inferior al costo de los medicamentos no preferidos del Nivel 4.
- **Nivel 4 de costos compartidos – Medicamentos no preferidos:** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo superior al costo de los medicamentos de marca preferidos del Nivel 3.
- **Nivel 5 de costos compartidos – Nivel de especialidad:** algunos medicamentos inyectables y otros de alto costo.

Para saber en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, búsquelo en la Guía de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacias

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

- Farmacias minoristas de la red que ofrecen costos compartidos estándares.
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan. Cubrimos medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para averiguar cuándo cubriremos un medicamento recetado surtido en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo del plan

Para más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores* del plan.

Sección 5.2 La tabla muestra sus costos para un suministro de un medicamento para *un mes*

Durante la Etapa de cobertura inicial, la parte del costo que le corresponde de un medicamento cubierto será un copago o bien un coseguro.

Como se muestra en la siguiente tabla, la cantidad del copago o el coseguro depende del nivel de costos compartidos.

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.

La parte que a usted le corresponde del costo cuando obtiene un suministro para *un mes* de un medicamento recetado cubierto por la Parte D:

Nivel	Costos compartidos minoristas (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos estándares de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos preferidos de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (dentro de la red) (un suministro de hasta 31 días)	*Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; para más detalles, consulte el Capítulo 5) (un suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de costos compartidos Genéricos preferidos	**$0**	**$1**	**$0**	**$0**	**$0**
Nivel 2 de costos compartidos Genéricos	**$5**	**$6**	**$5**	**$5**	**$5**
Nivel 2 de costos compartidos Programa de ahorros en insulina para insulinas seleccionadas	**$5**	**$6**	**$5**	**$5**	**$5**
Nivel 3 de costos compartidos De marca preferidos	**$25**	**$26**	**$25**	**$25**	**$25**
Nivel 3 de costos compartidos Programa de ahorros en insulina para insulinas seleccionadas	**$25**	**$26**	**$25**	**$25**	**$25**
Nivel 4 de costos compartidos Medicamentos no preferidos	**$85**	**$86**	**$85**	**$85**	**$85**

Nivel	Costos compartidos minoristas (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos estándares de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos preferidos de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (dentro de la red) (un suministro de hasta 31 días)	*Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; para más detalles, consulte el Capítulo 5) (un suministro de hasta 30 días)
Nivel 5 de costos compartidos Nivel de especialidad	**33%**	**33%**	**33%**	**33%**	**33%**

* Usted paga el costo compartido dentro de la red más la diferencia entre el costo dentro de la red y el costo fuera de la red por los medicamentos recetados cubiertos recibidos de una farmacia que no pertenece a la red.

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicios para afiliados para obtener más información.

Además de los costos compartidos enumerados anteriormente para sus medicamentos recetados de la parte D, la tabla a continuación enumera cuánto usted pagará por un suministro de un mes (hasta 30 días) de insulina cubierta de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial.

Nivel	Costos compartidos minoristas (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos estándares de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos preferidos de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de cuidado a largo plazo (dentro de la red) (un suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; para más detalles, consulte el Capítulo 5.) (un suministro de hasta 30 días)
Nivel 5 de costos compartidos Insulina	**33% hasta $35**	**33% hasta $35**	**33% hasta $35**	**33% hasta $35**	**33% hasta $35**

Sección 5.3 Si su médico le receta menos de un suministro de un mes completo, es posible que no tenga que pagar los costos del suministro del mes entero

Por lo general, la cantidad que usted paga por un medicamento recetado cubre un suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que usted tenga menos de un suministro

de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También le puede pedir a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, menos de un suministro de un mes completo de sus medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de repetición de los diferentes medicamentos recetados.

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

- Si usted es responsable del coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará por el número de días del medicamento que usted recibe en vez del mes completo. Calcularemos la cantidad que usted paga por día por su medicamento (la "tarifa diaria de costos compartidos") y la multiplicaremos por el número de días del medicamento que usted recibe.

Sección 5.4 La tabla muestra sus costos para un suministro a *largo plazo* (de hasta 90 días) de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede recibir un suministro a largo plazo (también conocido como "suministro prolongado"). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días.

Los medicamentos de especialidad u otros medicamentos que el plan considere no elegibles no reúnen los requisitos para un suministro prolongado. Consulte su Guía de medicamentos recetados para saber qué medicamentos están restringidos.

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento.

- 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.

La parte que a usted le corresponde del costo cuando obtiene un suministro *a largo plazo* de un medicamento recetado cubierto por la Parte D:

Nivel	Costos compartidos minoristas (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos estándares de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos preferidos de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)
Nivel 1 de costos compartidos Genéricos preferidos	**$0**	**$3**	**$0**
Nivel 2 de costos compartidos Genéricos	**$15**	**$18**	**$0**

Nivel	Costos compartidos minoristas (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos estándares de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos preferidos de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)
Nivel 2 de costos compartidos Programa de ahorros en insulina para insulinas seleccionadas	**$15**	**$18**	**$0**
Nivel 3 de costos compartidos De marca preferidos	**$75**	**$78**	**$65**
Nivel 3 de costos compartidos: Programa de ahorros en insulina para insulinas seleccionadas	**$75**	**$78**	**$65**
Nivel 4 de costos compartidos Medicamentos no preferidos	**$255**	**$258**	**$245**
Nivel 5 de costos compartidos Nivel de especialidad	Los suministros a largo plazo no están disponibles para medicamentos del Nivel 5		

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de medicamentos durante el año lleguen a $4,660

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que la cantidad total de los medicamentos recetados que surtió alcance el **límite de $4,660 para la Etapa de cobertura inicial**.

Ofrecemos cobertura adicional para ciertos medicamentos recetados que, por lo general, no están cubiertos en un Plan de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos realizados para estos medicamentos no contarán para su límite de cobertura inicial o sus costos totales de gastos de desembolso personal.

El *SmartSummary* que recibe le ayudará a llevar un registro de cuánto gastaron usted, el plan, y cualquier tercero, en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de **$4,660** en un año.

Le informaremos si usted alcanza esta cantidad. Si alcanza esta cantidad, dejará la Etapa de cobertura inicial y pasará al Período sin cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus gastos de desembolso personal.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de período sin cobertura

Nuestro plan proporciona cobertura adicional después de que usted sale de la Etapa de cobertura inicial (descrita anteriormente) y pasa al Período sin cobertura de Medicare. La tabla a continuación describe los medicamentos que están cubiertos y sus costos para un suministro de un mes.

Para los medicamentos de marca cubiertos durante su Período sin cobertura, puede recibir descuentos de los fabricantes de medicamentos a través del Programa de descuentos durante el Período sin cobertura. A través del programa, usted paga no más del **25%** del precio del plan por medicamentos de marca. También es posible que deba pagar algunos costos adicionales, tales como tarifas de despacho o vacuna. La tarifa total del plan (tanto la cantidad que usted paga como la cantidad de descuento) se tiene en cuenta para sus gastos totales de desembolso personal, lo que le ayuda a pasar el Período sin cobertura.

Además, recibe algo de cobertura de medicamentos genéricos durante el Período sin cobertura. Usted no paga más del **25%** del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, la cantidad que paga el plan (**75%**) no cuenta para los gastos de desembolso personal. Solamente cuenta la cantidad que usted paga y le ayuda a pasar el Período sin cobertura.

Si los gastos totales de desembolso personal alcanzan **$7,400**, usted pasará a la Etapa de cobertura catastrófica, cuando el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos durante el resto del año.

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como gastos de desembolso personal (Sección 1.3).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro de un medicamento de *un mes* (o menos).

Nivel	Costos compartidos minoristas (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos estándares de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos preferidos de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (dentro de la red) (un suministro de hasta 31 días)	*Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; para más detalles, consulte el Capítulo 5) (un suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de costos compartidos					
Genéricos preferidos	**$0**	**$1**	**$0**	**$0**	**$0**

Nivel	Costos compartidos minoristas (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos estándares de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos preferidos de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (dentro de la red) (un suministro de hasta 31 días)	*Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; para más detalles, consulte el Capítulo 5) (un suministro de hasta 30 días)
Nivel 2 de costos compartidos					
Todos los demás medicamentos genéricos	**$5**	**$6**	**$5**	**$5**	**$5**
Programa de ahorros en insulina para insulinas seleccionadas	**$5**	**$6**	**$5**	**$5**	**$5**
Nivel 3 de costos compartidos					
Todos los demás medicamentos de marca preferidos	**25%**	**25%**	**25%**	**25%**	**25%**
Programa de ahorros en insulina para insulinas seleccionadas	**$25**	**$26**	**$25**	**$25**	**$25**
Nivel 4 de costos compartidos					
Medicamentos no preferidos	**25%**	**25%**	**25%**	**25%**	**25%**
Nivel 5 de costos compartidos					
Nivel de especialidad	**25%**	**25%**	**25%**	**25%**	**25%**

* Usted paga el costo compartido dentro de la red más la diferencia entre el costo dentro de la red y el costo fuera de la red por los medicamentos recetados cubiertos recibidos de una farmacia que no pertenece a la red.

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicios para afiliados para obtener más información.

Además de los costos compartidos enumerados anteriormente para sus medicamentos recetados de la Parte D, la tabla a continuación enumera cuánto usted pagará por un suministro de un mes (hasta 30 días) de insulina cubierta de la Parte D durante la Etapa del Período sin cobertura.

Nivel	Costos compartidos minoristas (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos estándares de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos preferidos de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de cuidado a largo plazo (dentro de la red) (un suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; para más detalles, consulte el Capítulo 5.) (un suministro de hasta 30 días)
Nivel 5 de costos compartidos Insulina	**25% hasta $35**	**25% hasta $35**	**25% hasta $35**	**25% hasta $35**	**25% hasta $35**

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento (hasta 90 días).

Nivel	Costos compartidos minoristas (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos estándares de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos preferidos de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)
Nivel 1 de costos compartidos			
Genéricos preferidos	**$0**	**$3**	**$0**
Nivel 2 de costos compartidos			
Todos los demás medicamentos genéricos	**$15**	**$18**	**$0**
Programa de ahorros en insulina para insulinas seleccionadas	**$15**	**$18**	**$0**

Nivel	Costos compartidos minoristas (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos estándares de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos preferidos de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)
Nivel 3 de costos compartidos			
Todos los demás medicamentos de marca preferidos	**25%**	**25%**	**25%**
Programa de ahorros en insulina para insulinas seleccionadas	**$75**	**$78**	**$65**
Nivel 4 de costos compartidos			
Medicamentos no preferidos	**25%**	**25%**	**25%**
Nivel 5 de costos compartidos			
Nivel de especialidad	Los suministros a largo plazo no están disponibles para medicamentos del Nivel 5		

CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) ofrece cobertura adicional para el período sin cobertura para Insulinas seleccionadas como parte del **Programa de ahorros en insulina**. Durante la etapa de período sin cobertura, sus gastos de desembolso personal para Insulinas seleccionadas serán de **$5-$26** *para un suministro de un mes (un suministro de hasta 30 días)*. Para averiguar qué medicamentos son Insulinas seleccionadas, revise la Guía de medicamentos más reciente que proporcionamos por medios electrónicos. Puede identificar Insulinas seleccionadas mediante el indicador **"ISP"** de la Guía de medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Guía de medicamentos, también puede llamar a Servicios para afiliados. (Los números de teléfono para Servicios para afiliados se encuentran en la contraportada de este manual).

Su plan también provee cobertura mejorada para la insulina lo cual quiere decir que no pagará más de $35 por un suministro de un mes (hasta 30 días) para todas las insulinas de la Parte D cubiertas por nuestro plan, incluidas insluinas selectas, sin importar en qué nivel de costos compartidos se encuentre. La cobertura mejorada para la insulina está disponible, incluso si recibe "Ayuda adicional."

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

Usted ingresa a la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de desembolso personal hayan alcanzado el límite de **$7,400** para el año calendario. Una vez que se encuentra en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

- **La parte que le corresponde** del costo de un medicamento cubierto será o bien un coseguro o bien un copago, la cantidad que sea *mayor*:
  - *–puede ser –* Coseguro del **5%** del costo del medicamento

– *– o –* Copago de **$4.15** por un medicamento genérico o un medicamento que sea considerado como genérico y un copago de **$10.35** por todos los demás medicamentos.

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicios para afiliados para obtener más información.

No pagará más de $35 para un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina de la Parte D cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costos compartidos se encuentre.

Sus costos de vitaminas recetadas y medicamentos para la disfunción eréctil se basarán en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 8 Información acerca de beneficios adicionales

Nuestro plan ofrece los siguientes beneficios adicionales:

- Ciertos medicamentos para la disfunción eréctil están cubiertos con costos compartidos del Nivel 1 según el lugar
- Ciertas vitaminas recetadas están cubiertas con costos compartidos del Nivel 1 según el lugar

Si tiene alguna pregunta, consulte su Guía de medicamentos recetados para obtener información sobre la cobertura de medicamentos recetados adicionales o llame a Servicios para afiliados. Pueden aplicarse límites de despacho.

SECCIÓN 9 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las reciba

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicios para afiliados para obtener más información.

Hay dos partes en nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **la administración de la vacuna**. (En ocasiones, esto se conoce como la "aplicación" de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de tres cosas:

1. **El tipo de vacuna** (para qué se le vacuna).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte la *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)* en el Capítulo 4.)
   - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Guía de medicamentos (Formulario)* del plan.
2. **Dónde recibe la vacuna.**

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

3. Quién le aplica la vacuna.

- Un farmacéutico puede administrarle la vacuna en la farmacia, u otro proveedor puede hacerlo en el consultorio médico.

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

- En ocasiones, cuando recibe una vacuna, debe pagar el costo total del medicamento de la vacuna y el costo del proveedor para que le administre la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.
- En otras ocasiones, al recibir la vacuna, usted pagará solamente la parte de los costos que le corresponde según el beneficio de la parte D.

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

Situación 1: Usted compra su vacuna en la farmacia de la red. (Puede tener esta alternativa según el lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren las vacunas).

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

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

- Al recibir la vacuna, usted pagará el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para administrarle la vacuna.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan el reembolso de la parte del costo que nos corresponde mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará la cantidad que usted pagó menos su copago habitual por la vacuna (incluida la administración) menos cualquier diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que habitualmente pagamos. (Si obtiene "Ayuda adicional", le reembolsaremos esa diferencia).

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

- Usted tendrá que pagar a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando el médico le administre la vacuna, usted pagará el costo completo de este servicio. Luego, puede solicitar a nuestro plan el reembolso de la parte del costo que nos corresponde mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará la cantidad que el médico le cobre por la administración de la vacuna menos cualquier diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que habitualmente pagamos. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos esa diferencia).

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

En ocasiones, cuando recibe cuidado médico o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. En otros casos, puede encontrar que pagó más de lo que esperaba de acuerdo con las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el pago (esta devolución suele llamarse "reembolso"). Tiene derecho a que el plan le reembolse el dinero cuando haya pagado más de la parte que le corresponde del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya fechas límites que debe cumplir para recibir un reembolso. Consulte la sección 2 de este capítulo.

También puede suceder que reciba la factura de un proveedor por el costo total del cuidado médico que recibió o posiblemente por más de su parte del costo compartido como se describe en este documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíe la factura a nosotros en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Usted nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si el proveedor tiene contrato, todavía tiene el derecho al tratamiento.

A continuación, presentamos algunos ejemplos de situaciones en que posiblemente deba solicitarle a nuestro plan que le reembolse un pago o que pague una factura recibida:

1. **Cuando recibió cuidado médico que se necesita con urgencia o en caso de emergencia por parte de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan**

   Puede recibir servicios en casos de emergencia o que necesitan con urgencia por parte de cualquier proveedor, ya sea que pertenezca a nuestra red o no. En estos casos,

   - Usted solo es responsable de pagar la parte del costo que le corresponde para servicios de emergencia o que se necesitan con urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a proveer cuidado de emergencia. Si, por error, usted paga la cantidad total al momento de recibir el cuidado médico, debe solicitarnos el reembolso del pago de la parte del costo que nos corresponde. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
   - Usted puede recibir una factura del proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
     - Si se debe dinero al proveedor, le pagaremos directamente a él.
     - Si ya pagó más de la parte que le corresponde del costo por el servicio, determinaremos cuánto debía usted y le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde.

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

   Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y solo solicitarle a usted la parte del costo que le corresponde. Pero en ocasiones pueden cometer errores y solicitarle que pague más de lo que le corresponde.

   - Solo debe pagar su cantidad de costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se llama "facturación del saldo". Esta

protección (que usted nunca paga más que su cantidad de costos compartidos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra el proveedor por un servicio e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red por una cantidad mayor a la que usted cree que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y solucionaremos el problema de facturación.

- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red pero considera que le pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de todos los pagos que haya realizado y solicítenos el reembolso de la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debía según el plan.

3. Si se inscribe de manera retroactiva en nuestro plan

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Incluso la fecha de inscripción puede haber sucedido el año pasado).

Si se inscribió en nuestro plan de manera retroactiva y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos la parte de los costos que nos corresponde. Deberá enviar documentación como recibos y facturas para que manejemos el reembolso.

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir un medicamento recetado

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando esto suceda, usted tendrá que pagar el costo total del medicamento recetado.

Guarde el recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso de la parte del costo que nos corresponde. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para ver una descripción de estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no lleva su tarjeta de afiliado del plan

Si no lleva su tarjeta de afiliado del plan, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o consulte su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción necesaria en ese momento, posiblemente deba pagar el costo total del medicamento recetado usted mismo.

Guarde el recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.

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

Es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento recetado porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo en particular.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté incluido en la *Guía de medicamentos recetados* (*Formulario*) del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted desconocía o no cree que deba aplicarse a su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.

- Guarde el recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso del pago. En algunos casos, es posible que necesitemos que su médico nos proporcione más información para reembolsarle la parte del costo que nos corresponde.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si negamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento, se incluye información sobre cómo realizar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura recibida

Usted puede pedirnos enviarle un reembolso al enviarnos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe la factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para conservarla en sus registros.

Si desea asegurarse de darnos 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 con mayor rapidez. Envíenos su solicitud para el pago junto con la siguiente información:
  - Prueba de pago
  - Factura detallada que incluye el artículo o servicio recibido
  - Orden del médico (si aplica)
  - Historiales médicos
  - Cualquier otra documentación adicional
- Guarde una copia de toda la documentación en sus registros

- Puede descargar una copia del formulario desde nuestro sitio web (**www.careplushealthplans.com/members/**) o llamar a Servicios para afiliados y solicitar el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos pagados a esta dirección:

Solicitudes de pago por servicios médicos:
CarePlus Health Plans, Inc., Attention: Member Services Department, PO BOX #277810, Miramar, FL 33027

Debe enviarnos la reclamación de la Parte C (cuidado médico) en el transcurso de los 12 meses posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte B.

Solicitudes de pago por medicamentos de la Parte D:
CarePlus Health Plans, Inc., Attention: Member Services Department, PO BOX #277810, Miramar, FL 33027
Debe enviarnos su reclamación de la Parte D (medicamentos recetados) en el transcurso de los 36 meses posteriores a la fecha en que recibió el medicamento.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o no

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

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento está cubierto y usted cumplió con todas las normas, pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos

por correo el reembolso de la parte del costo que nos corresponde. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.

- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento *no* está cubierto, o usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Le enviaremos una carta explicando los motivos por los cuales no le enviamos el pago y su derecho de apelar esta decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos el total o parte del cuidado médico o el medicamento, puede realizar una apelación

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con la cantidad que pagamos, puede realizar una apelación. Si realiza una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límite importantes. Para ver los detalles sobre cómo realizar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y su sensibilidad cultural como afiliado del plan

Sección 1.1 Debemos proveer la información de una manera que a usted le resulte útil y en conformidad con su sensibilidad cultural (en idiomas que no sean inglés, en Braille, en texto con letras grandes u otros formatos alternativos, etc.)

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de manera competente desde el punto de vista cultural y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con orígenes culturales y étnicos diversos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros: la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, telemáquinas de escribir o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de telemáquina).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder preguntas de afiliados que no hablan inglés. También podemos darle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo en caso de ser necesario. Se nos exige darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de parte de nosotros de una forma que se ajuste a sus necesidades, llame a Servicios para afiliados.

Nuestro plan debe brindarles a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud femenina dentro de la red para servicios de cuidado de la salud preventivos y de rutina para mujeres.

Si no hay disponibles proveedores de la red del plan para una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen el cuidado necesario. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la cual no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja formal ante el Departamento de quejas formales y apelaciones de CarePlus Health Plans, Inc. al 1-800-794-5907, TTY 711. 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.

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 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 Member Services.

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, please call to file a grievance with CarePlus Health Plans, Inc., Grievance and Appeals Department at 1-800-794-5907, TTY 711. 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.

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) de la red del plan que provea y coordine sus servicios cubiertos. Además, tiene derecho a consultar a un especialista en salud femenina (como un ginecólogo) sin necesidad de un referido.

Usted tiene derecho a concertar citas y recibir los servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener oportunamente los servicios de especialistas cuando necesita ese tipo de cuidado. Además, tiene derecho a surtir o recibir una repetición de sus medicamentos recetados en cualquier farmacia de nuestra red sin grandes demoras.

Si considera que no recibe el cuidado médico o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 9, le informa lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de la información personal sobre su salud

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

- La "información personal sobre su salud" incluye la información personal que usted nos dio cuando se inscribió en el plan, así como los expedientes médicos y otros datos médicos y sobre su salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de la manera en que se utiliza la información sobre su salud. Le proveemos un aviso por escrito, llamado "Aviso sobre prácticas de privacidad", que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de la información sobre su salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de la información sobre su salud?

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea o modifique sus expedientes.
- A excepción de las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información de salud a alguien que no provea ni pague su cuidado, *debemos obtener primero su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya dado el poder legal para tomar decisiones por usted*.

- Existen determinadas excepciones donde no es necesario que primero obtengamos su permiso por escrito. Dichas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
  - Debemos divulgar la información sobre su salud a las agencias del gobierno que controlen la calidad del cuidado.
  - Como usted es afiliado de nuestro plan a través de Medicare, debemos proveerle la información sobre su salud a Medicare, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información con fines de investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales. Por lo general, esto requiere que no se comparta información que le identifique de manera exclusiva.

Usted puede ver la información en sus expedientes y saber cómo se ha compartido con otros

Tiene derecho a examinar su expediente médico que tiene el plan y a obtener una copia. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias. Además, tiene derecho a solicitarnos que agreguemos información o hagamos correcciones a sus expedientes médicos. Si usted lo solicita, lo analizaremos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber de qué manera se divulgó a terceros la información sobre su salud con fines que no sean de rutina.

Si tiene alguna pregunta o duda sobre la privacidad de la información personal sobre su salud, llame a Servicios para afiliados.

Aviso sobre prácticas de privacidad
Para su información de salud personal
ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. ANALÍCELO DETENIDAMENTE.

La privacidad de su información personal y de salud es importante. No necesita hacer nada a menos que tenga una solicitud o una queja.

Podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, según lo permita la ley, incluida la información que hayamos creado o recibido antes de realizar los cambios. Cuando realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y enviaremos a los afiliados de nuestro plan de salud el correspondiente aviso.

¿Qué es la información personal y de salud?
La información personal y de salud incluye tanto información médica como información personal, como su nombre, dirección, número de teléfono o número de Seguro Social. El término "información" en este aviso incluye cualquier información personal y de salud. Esto incluye información creada o recibida por un proveedor de cuidado de la salud o plan de salud. La información se relaciona con su salud o condición física o mental, el cuidado de la salud que se le ha proporcionado o el pago de dicho cuidado de la salud.

¿Cómo protegemos su información?
Tenemos la responsabilidad de proteger la privacidad de su información en todos los formatos, incluida la información electrónica, escrita y oral. Entre los procedimientos que tenemos para proteger su información de diversas formas se incluyen:
- Limitamos el número de personas que pueden ver su información.
- Limitamos la forma en que podemos usar o divulgar su información.
- Le informamos a usted acerca de nuestros deberes legales acerca de su información.

- Capacitamos a nuestros empleados con respecto a nuestros programas y políticas de privacidad.

¿Cómo usamos y divulgamos su información?
Usamos y divulgamos su información:
- A usted o a cualquier persona que tenga derecho legal de actuar en su nombre.
- A la Secretaría del Departamento de salud y servicios humanos.

Tenemos derecho a usar y divulgar su información:
- A un médico, hospital u otro proveedor de cuidado médico para que usted pueda recibir cuidado de la salud.
- Para actividades de pago, incluido el pago de reclamaciones por servicios cubiertos provistos a usted por proveedores de cuidado de la salud, y para pagos de las primas del plan de salud.
- Para actividades operativas de cuidado de la salud, lo que incluye procesar su inscripción, responder a sus preguntas, coordinar su cuidado, mejorar la calidad y determinar las primas.
- Para realizar actividades de suscripción. No obstante, no usaremos ningún resultado de exámenes genéticos ni haremos preguntas con respecto a su historia familiar.
- Al patrocinador de su plan, para permitirle desempeñar las funciones de administración del plan, como actividades relacionadas con la elegibilidad, la inscripción y la desafiliación. Podemos compartir, en ciertas situaciones, información de salud resumida sobre usted con el patrocinador de su plan. Por ejemplo, para permitirle al patrocinador de su plan obtener ofertas de otros planes de salud. Su información de salud detallada no se compartirá con el patrocinador de su plan. Le pediremos permiso o el patrocinador de su plan debe certificar que acepta mantener la privacidad de su información.
- Para comunicarnos con usted y brindarle información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud, recordatorios de citas, o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. Si usted optó por no recibir este tipo de información según se describe a continuación, no nos comunicaremos con usted.
- A sus familiares y amigos si usted no puede comunicarse, como en un caso de emergencia. A sus familiares y amigos o a cualquier otra persona que usted identifique. Esto se aplica si la información es directamente pertinente a la participación de dichas personas en su cuidado de la salud o el pago de dicho cuidado. Por ejemplo, si un familiar o cuidador nos llama con conocimiento previo de una reclamación, nosotros podemos confirmar si la reclamación ha sido recibida y pagada.
- Para proveer información de pago al suscriptor para sustentación ante el Servicio de impuestos internos.
- A las agencias de salud pública, si consideramos que existe una grave amenaza para la salud o seguridad.
- A las autoridades pertinentes cuando hay problemas de abuso, negligencia o violencia familiar.
- En respuesta a una orden administrativa o del tribunal, citación, solicitud de revelación u otros procesos legales.
- Con fines de aplicación de la ley, a las autoridades militares y según sea exigido de cualquier otra forma por la ley.
- Para ayuda en tareas de recuperación en caso de desastres.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de salud.
- Para cumplir nuestras obligaciones bajo contrato o en virtud de la ley de compensación laboral.
- Para evitar una grave e inminente amenaza para su salud o seguridad o para la salud o seguridad de otras personas.
- Con fines de investigación, en circunstancias limitadas.
- Para obtención, remisión al banco de órganos o trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A un médico forense, examinador médico o director funerario.

¿Usaremos su información para fines no descritos en este aviso?
No usaremos ni divulgaremos su información con ningún otro fin que no esté descrito en este aviso sin su permiso por escrito. Usted puede cancelar su permiso en cualquier momento mediante una notificación por escrito.
Los siguientes usos y divulgaciones requerirán su permiso por escrito:
- La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia.
- Los fines de marketing.

- La venta de información de salud protegida.

¿Qué hacemos con su información cuando usted deja de ser afiliado?
Su información podrá seguirse usando para los fines descritos en este aviso. Esto incluye cuando usted no obtiene cobertura a través de nosotros. Después del período de retención legal requerido, destruimos la información siguiendo estrictos procedimientos para mantener la confidencialidad.

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información?
Tenemos el compromiso de responder a su solicitud sobre sus derechos de manera oportuna:
- Acceso: usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que puede ser usada para tomar decisiones acerca de usted. También puede recibir un resumen de esta información de salud. Si solicita copias, podemos cobrarle un cargo por el trabajo de copiar, por los suministros para crear la copia (en papel o electrónica) y por el franqueo.
- Decisión adversa sobre la suscripción: si rechazamos su solicitud de seguro, usted tiene derecho a que se le proporcione el motivo de la denegación. *
- Comunicación alterna: para evitar una situación que ponga en riesgo la vida, usted tiene derecho a recibir su información de una manera diferente o en un lugar diferente. Procesaremos su solicitud si es razonable.
- Enmienda: usted tiene derecho a solicitar la corrección de cualquiera de estos datos personales mediante su enmienda o eliminación. En un plazo de 30 días hábiles a partir de la recepción de su solicitud por escrito, le notificaremos nuestra modificación o eliminación de la información en disputa, o nuestra negativa a realizar dicha corrección, después de una investigación adicional. En caso de que nos neguemos a modificar o eliminar la información en disputa, usted tiene derecho a enviarnos una declaración por escrito de los motivos de su desacuerdo con nuestra evaluación de la información en disputa y lo que usted considera que es la información correcta. Pondremos dicha declaración a disposición de todas las partes que revisen la información en disputa.*
- Divulgación: usted tiene derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales hayamos divulgado su información. Esto no se aplica a tratamientos, pagos, actividades operativas del plan de salud y otras actividades determinadas. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante un período de seis años. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable basado en los costos.
- Aviso: usted tiene derecho a solicitar y recibir en cualquier momento una copia por escrito de este aviso.
- Restricción: usted tiene derecho a solicitar que se limite el uso o la divulgación de su información. No se nos exige aceptar este límite, pero si lo hacemos, acataremos nuestro acuerdo. Usted también tiene derecho a aceptar o poner término a una limitación previamente presentada.

* Este derecho solo se aplica a nuestros residentes de Massachusetts según las regulaciones estatales.

¿Qué tipos de comunicaciones que me hagan puedo optar por no recibir?
- Recordatorios de citas
- Alternativas de tratamiento u otros beneficios o servicios relacionados con la salud
- Actividades de recaudación de fondos

¿Cómo ejerzo mis derechos o cómo obtengo una copia de este aviso?
Todos sus derechos de privacidad se pueden ejercer mediante la obtención de los formularios pertinentes. Puede conseguir cualquiera de los formularios al:
- Contactarnos al 1-866-861-2762
- Ingresar a nuestro sitio web en **espanol.humana.com** y entrar al enlace de “Prácticas de privacidad”
- Enviar el formulario de solicitud completado a:

  Humana Inc.
  Privacy Office 003/10911
  101 E. Main Street

Louisville, KY 40202

Si creo que se ha violado mi privacidad, ¿qué debo hacer?
Si cree que se ha violado su privacidad, puede presentarnos una queja llamándonos al: 1-866-861-2762 en cualquier momento.

También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés). Le suministraremos la dirección regional de la OCR que corresponda si usted así lo solicita. También puede enviar su queja por correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov. Si decide presentar una queja, sus beneficios no se verán afectados y no le castigaremos ni tomaremos represalias de ninguna manera.

Respaldamos su derecho a proteger la privacidad de su información personal y de salud.

Cumplimos todas las leyes, normas y reglamentos federales y estatales relacionados con la protección de la información personal y de salud. En situaciones en las que exista conflicto entre las leyes, normas y reglamentos federales y estatales, cumplimos la ley, norma o reglamento que provea mayor protección.

La ley nos exige cumplir con los términos de este aviso actualmente en vigencia.

¿Qué pasará si mi información se usa o divulga de manera inapropiada?
La ley nos exige proporcionar a las personas un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información personal y de salud. Si se produce una violación de información personal y de salud no protegida, le notificaremos oportunamente.

Las siguientes empresas afiliadas y subsidiarias también cumplen con nuestros programas y procedimientos de privacidad:

Arcadian Health Plan, Inc.
CarePlus Health Plans, Inc.
Cariten Health Plan, Inc.
CHA HMO, Inc.
CompBenefits Company
CompBenefits Dental, Inc.
CompBenefits Insurance Company
DentiCare, Inc.
Emphesys Insurance Company
HumanaDental Insurance Company
Humana Benefit Plan of Illinois, Inc.
Humana Benefit Plan of South Carolina, Inc.
Humana Benefit Plan of Texas, Inc.
Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc.
Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc.
Humana Health Company of New York, Inc.
Humana Health Insurance Company of Florida, Inc.
Humana Health Plan of California, Inc.
Humana Health Plan of Ohio, Inc.
Humana Health Plan of Texas, Inc.
Humana Health Plan, Inc.
Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.
Humana Insurance Company
Humana Insurance Company of Kentucky

Humana Insurance Company of New York
Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.
Humana Medical Plan, Inc.
Humana Medical Plan of Michigan, Inc.
Humana Medical Plan of Pennsylvania, Inc.
Humana Medical Plan of Utah, Inc.
Humana Regional Health Plan, Inc.
Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation
Go365 by Humana for Healthy Horizons
Managed Care Indemnity, Inc.
The Dental Concern, Inc.

Vigente a partir de 9/2013

Sección 1.4 Debemos darle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como afiliado de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP), tiene derecho a recibir distintos tipos de información de nuestra parte.

Si desea recibir cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para afiliados:

- **Información sobre nuestro plan**. Incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan.
- **Información sobre los proveedores y farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a que le enviemos información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de la red y sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe cumplir al utilizarla.** Los capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un 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, lo que también se denomina apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones sobre su cuidado

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre el cuidado de su salud

Usted tiene derecho a que los médicos y otros proveedores de cuidado de la salud le provean toda la información. Los proveedores deben explicarle su afección médica y las opciones de tratamiento *de una manera comprensible para usted*.

Además, tiene derecho a participar completamente en las decisiones relacionadas con su cuidado de la salud. Para ayudarlo a tomar decisiones junto con sus médicos sobre qué tratamiento es el mejor para usted, cuenta con los siguientes derechos:

- **Conocer todas las opciones.** Usted tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente del costo o si están cubiertas por nuestro plan. Además, incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.

- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen cualquier riesgo que implique su cuidado. Se le debe comunicar con anticipación si cualquier cuidado de la salud o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la posibilidad de negarse a los tratamientos con fines experimentales.

- **Derecho a decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, aunque su médico le sugiera no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si se niega al tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, asume la responsabilidad total de las consecuencias que sufra su cuerpo.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué se debe hacer en caso de que usted no pudiera tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones, las personas quedan imposibilitadas para tomar decisiones acerca del cuidado de su salud, debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a expresar qué desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:
- Completar un formulario por escrito donde le otorgue a **una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su lugar** si en algún momento queda imposibilitado para tomar decisiones por sus propios medios.

- **Dar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo desea que manejen su cuidado médico en caso de quedar imposibilitado para tomar decisiones por sus propios medios.

Los documentos legales que puede utilizar para dar directivas con antelación a estas situaciones se conocen como "**instrucciones anticipadas"**. Existen diversos tipos de instrucciones anticipadas y diferentes formas de llamarlas. Los documentos llamados **"testamento en vida"** y **"poder legal para decisiones acerca del cuidado de la salud**" son algunos ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una "instrucción anticipada" para proveer sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:
- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas a través de su abogado, de un trabajador social o en algunas tiendas de suministros para oficinas. En ocasiones, puede obtener formularios para instrucciones anticipadas de organizaciones que proveen a las personas información sobre Medicare.

- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que constituye un documento legal. Debería considerar recibir la ayuda de un abogado para completarlo.

- **Proveer copias a las personas adecuadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona designada en el formulario , quien podrá tomar decisiones por usted si usted no puede. Si lo desea, puede entregar copias a amigos cercanos y a miembros de su familia. Guarde una copia en su hogar.

Si sabe de antemano que será hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia con usted al hospital**.

- En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea completar el formulario de instrucciones anticipadas (incluso en el caso de que desee firmarlo mientras se encuentra en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle cuidado o discriminarlo por haber firmado o no un formulario de instrucciones anticipadas.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y cree que el médico o el hospital no siguieron las instrucciones, usted puede presentar una queja ante la Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) de su estado. La información de contacto se puede encontrar en el "Anexo A" en la parte final de este manual.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hayamos tomado

En CarePlus, se utiliza un proceso denominado Control de la utilización (UM, por sus siglas en inglés) para determinar si un servicio o tratamiento está cubierto y califica para ser pagado bajo su plan de beneficios. CarePlus no recompensa ni provee incentivos financieros a los médicos, otros individuos o empleados de CarePlus por negar cobertura o alentar menos uso de los servicios. De hecho, CarePlus trabaja con sus médicos y otros proveedores para ayudarle a obtener el cuidado más apropiado para su afección médica. Si tiene preguntas o inquietudes relacionadas con el Control de la utilización, el personal está disponible al menos ocho horas del día durante el horario laborable. CarePlus cuenta con servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para responder las preguntas sobre el Control de la utilización de los afiliados que no hablan inglés. Contacte a Servicios para afiliados a fin de obtener las respuestas a estas y otras preguntas que puedan surgirle sobre su plan de beneficios. Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual.

CarePlus continuamente toma decisiones sobre la cobertura de nuevos dispositivos y procedimientos médicos. Esto sucede mediante la consulta de literatura médica con revisión de pares y el asesoramiento de expertos médicos para ver si la nueva tecnología es eficaz y segura. CarePlus también se basa en las orientaciones de los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), que a menudo toman decisiones de cobertura a nivel nacional sobre nuevos dispositivos o procedimientos médicos.

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le informa lo que puede hacer. Lo que sea que haga (solicitar una decisión de cobertura, realizar una apelación o presentar una queja), **tenemos la obligación de tratarlo de manera justa**.

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que lo tratan injustamente o que no se respetan sus derechos?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de derechos civiles

Si considera que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos a causa de su raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual u origen nacional, debe

llamar a la **Oficina de derechos civiles** del Departamento de salud y servicios humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o a su Oficina de derechos civiles local.

¿Se trata de algo más?

Si considera que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos, *y no* se trata de discriminación, puede recibir ayuda para enfrentar el problema que tiene:

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

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicios para afiliados**
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.

  Puede contactar a **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Derechos y protecciones en Medicare". (La publicación está disponible en: https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
  - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como afiliado del plan

A continuación, se describe lo que debe hacer como afiliado del plan. Si tiene alguna pregunta, contacte a Servicios para afiliados.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos**. Utilice esta *Evidencia de cobertura* para saber qué servicios tiene cubiertos y conocer las normas que debe cumplir para obtenerlos.
  - En los Capítulos 3 y 4, se proveen detalles sobre sus servicios médicos.
  - En los Capítulos 5 y 6 se proveen detalles sobre su cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o para medicamentos recetados además de nuestro plan, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.

- **Informe a su médico y a los demás proveedores de cuidado médico que está inscrito en nuestro plan**. Muestre su tarjeta de afiliado del plan cada vez que recibe cuidado médico o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a que le ayuden, dándoles información, haciendo preguntas y siguiendo hasta el final con su cuidado.**
  - Para ayudar a obtener el mejor cuidado, informe a sus médicos y a otros proveedores de la salud sobre sus problemas de salud . Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acuerden.
  - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude para el funcionamiento ordenado del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado del plan, usted es responsable de los pagos siguientes:
  - Debe continuar pagando una prima por su Parte B de Medicare para seguir siendo afiliado del plan.
  - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar la parte del costo que a usted le corresponde cuando recibe el servicio o el medicamento.
  - Si se le requiere el pago de una multa por afiliación tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos recetados.
  - Si se le requiere pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, usted debe continuar pagando la cantidad adicional directamente al gobierno para continuar siendo afiliado del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio, necesitamos que nos lo comunique** para poder mantener actualizado su registro de afiliado y saber cómo contactarle.
- Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, usted no puede seguir siendo afiliado de nuestro plan.
- Si se muda, también es importante que informe 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 hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican los dos tipos de procesos para manejar los problemas y las inquietudes:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas,** también llamadas quejas formales.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso cuenta con un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos respetar.

La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso adecuado a utilizar y lo que debería hacer.

Sección 1.2 ¿Qué ocurre con los términos legales?

Existen términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se detallan en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de comprender. Para simplificar, este capítulo:

- Utiliza palabras más sencillas en lugar de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se habla de "presentar una queja" en lugar de "presentar una queja formal", "decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización" o "determinación de cobertura", o "determinación del riesgo", y "organización revisora independiente" en lugar de "Entidad revisora independiente".
- Además, se utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil (y en algunos casos, realmente importante) que conozca los términos legales correctos. Conocer qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarle a conocer qué términos debe utilizar, incluimos términos legales al proveer detalles sobre cómo manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato hacia usted, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, le recomendamos que siempre se comunique con Servicios para afiliados para obtener ayuda. Pero en determinadas situaciones también es posible que desee la ayuda o la orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Las siguientes son dos entidades que pueden ayudarle.

Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés).

Cada estado tiene un programa del gobierno con asesores capacitados. El programa no tiene conexión con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud. Los asesores del programa pueden ayudarle a

comprender qué proceso debe utilizar para manejar el problema que tiene. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre qué debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratis. Encontrará números de teléfono y direcciones de sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

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

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

SECCIÓN 3 Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe utilizar?

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

¿Su inquietud o problema es acerca de sus beneficios o cobertura? Esto incluye problemas relacionados con el hecho de que el cuidado médico o los medicamentos recetados estén cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago del cuidado médico o los medicamentos recetados.	
Sí. Consulte la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, "Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y apelaciones".**	**No.** Avance a la **Sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes".**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y apelaciones se encargan de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos los pagos. Este es el proceso que se utiliza para asuntos tales como si algo está cubierto o no, y cómo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo refiere a un especialista médico, esta es una decisión de cobertura (favorable) para usted cuando recibe cuidado médico de él o ella o si su médico de la red lo refiere a un especialista médico. Usted o su médico también pueden llamarnos y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico particular o se niega proporcionar el cuidado médico que usted cree que necesita. En otras palabras, en caso de que desee saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

En circunstancias limitadas se desestimará una solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Hacemos una decisión de cobertura cuando decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare para usted. Si usted 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 que usted reciba un servicio, y no está de acuerdo, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y el cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado. Bajo ciertas circunstancias, que analizamos más adelante, puede solicitar una "apelación rápida" o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación será evaluada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina una apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si cumplimos correctamente con todas las normas. Cuando completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si no desestimamos su caso, pero rechazamos una parte o toda su apelación de Nivel 1, usted puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es realizada por una organización revisora independiente que no tiene conexión con nosotros. (Las apelaciones para servicios médicos y medicamentos de la Parte B automáticamente se enviarán a la organización revisora independiente para una apelación de Nivel 2. Usted no necesita hacer nada. Para las apelaciones de los medicamentos de la Parte D, si rechazamos toda o parte de su apelación, necesitará solicitar una apelación de Nivel 2. Hay más información sobre las apelaciones de la Parte D en la Sección 6 de este capítulo.) Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación de Nivel 2, posiblemente pueda pasar a los 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 recibir ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

A continuación, presentamos algunos recursos que puede utilizar si decide solicitar alguna decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicios para afiliados**.
- **Puede obtener ayuda gratuita** a través de su Programa estatal de asistencia en seguro de salud.
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación después del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para afiliados y solicite el formulario "Nombramiento de un representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.)
  - Para cuidado médico o 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, esta será enviada automáticamente al Nivel 2.
  - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que expide la receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es denegada, su médico o el profesional que expide la receta pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que otra persona actúe en su nombre.** Si lo desea, puede designar a otra persona que actúe como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si desea que un amigo, un familiar, o alguna otra persona sea su representante, llame a Servicios para afiliados y pida el formulario "Nombramiento de un representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le provee a la persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.
  - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario en los siguientes 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito que le explica su derecho a solicitar que la organización revisora independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar un abogado para que actúe en su nombre.** Puede contactar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado a través de la asociación de abogados u otro servicio de referido local. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si usted es elegible. Sin embargo, **no está obligado a contratar un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo provee la información detallada para su situación?

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Dado que cada situación tiene sus propias normas y plazos, proveemos los detalles de cada una de ellas en diferentes secciones:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su cuidado médico: 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 considera que el médico le está dando de alta antes de tiempo"
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando antes de tiempo" (*Se aplica solo a los siguientes servicios*: servicios de cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada, y en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés))

Si no está seguro de qué sección debe consultar, llame a Servicios para afiliados. También puede obtener información o ayuda de organizaciones del gobierno, como el Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés).

SECCIÓN 5 Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1 En esta sección se indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o si desea que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde de su cuidado médico

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

Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en una de las cinco situaciones siguientes:

1. No recibe determinado cuidado médico que desea, y usted considera que dicho cuidado médico está cubierto por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autorizará el cuidado médico que su médico u otro proveedor médico desea proveerle y usted considera que dicho cuidado está cubierto por el plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

3. Recibió cuidado médico que considera que debe cubrir el plan, pero hemos determinado que no pagaremos ese cuidado. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

4. Recibió y pagó el cuidado médico que considera que debe cubrir el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso de ese cuidado. **Enviarnos la factura. Sección 5.5.**

5. Se le notifica que la cobertura de cierto cuidado médico que ha estado recibiendo y que aprobamos con anterioridad, se reducirá o interrumpirá y considera que la reducción o interrupción podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

TENGA EN CUENTA: si la cobertura que se dejará de ofrecer es de servicios de cuidado hospitalario, cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada, o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de cuidado.

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

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura involucra su cuidado médico, se conoce como **"determinación de la organización"**. A la "decisión de cobertura rápida" se le conoce como **"determinación acelerada"**.

<u>Paso 1:</u> Decida si necesita una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión de cobertura rápida".

Por lo general, una "decisión de cobertura estándar" se toma en un plazo de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una "decisión de cobertura rápida" se toma en un plazo de 72 horas para servicios médicos, o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para recibir una decisión de cobertura rápida debe cumplir con dos requisitos:

- *Solamente* puede solicitar cobertura de cuidado médico que usted aún no ha recibido.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de plazos estándar podría *ocasionar daños graves en su salud o perjudicar su capacidad física*.
- **Si el médico nos informa que su estado de salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos proveerla.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le proveamos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Indicará que utilizaremos los plazos estándar.
  - Explicará que, si el médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proveeremos.
  - Indicará que puede presentar una "queja rápida" acerca de nuestra decisión de proveerle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida solicitada.

<u>Paso 2:</u> Solicite a nuestro plan una decisión de cobertura o decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que le autoricemos o proveamos la cobertura del cuidado médico que desea. Puede hacerlo usted, su médico o su representante. El capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de cuidado médico y le comunicamos 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 que recibamos su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pudiera beneficiarle, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos más días, se le informaremos por escrito. No podemos demorarnos más para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- Si considera que *no* deberíamos extendernos más días, puede presentar una "queja rápida". Le daremos una respuesta sobre su queja apenas hayamos tomado la decisión. (El proceso para la presentación de una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas.)

Para las decisiones de cobertura rápida utilizamos los plazos acelerados

Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos en un plazo de 24 horas.

- **No obstante,** si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pudiera beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario más.** Si nos tomamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos demorarnos más para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- Si considera que *no* deberíamos extendernos más días, puede presentar una "queja rápida". (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos apenas hayamos tomado la decisión.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una explicación detallada por escrito de por qué nos negamos.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de cuidado médico, usted puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que revisemos esta decisión mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de cuidado médico que desea. Si presenta una apelación, esto 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
A una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura de cuidado médico se le conoce como **"reconsideración"** del plan. A una "apelación rápida" también se le conoce como **"reconsideración acelerada"**.

Paso 1: Decida si necesita una "apelación estándar" o una "apelación rápida".

Por lo general, una "apelación estándar" se realiza en un plazo de 30 días. Por lo general, una "apelación rápida" se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos acerca de la cobertura de cuidado médico que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida". Si su médico nos informa que su salud requiere una "apelación rápida", aceptaremos proveerla.
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que los necesarios para obtener una "decisión de cobertura rápida" de 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.** También pueden llamarnos para solicitar una apelación. El capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentarla por escrito o puede llamarnos.** El capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en los siguientes 60 días calendario** desde la fecha que aparece en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta acerca de la decisión de cobertura. Si deja pasar la fecha límite y tiene un buen motivo que lo justifique, explique el motivo del atraso en su apelación cuando realice su apelación. Es posible que podamos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenos motivos pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta acerca del plazo para la solicitud de la apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información respecto a su decisión médica. Usted y su médico pueden darnos información adicional que respalde su apelación. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, repasamos minuciosamente toda la información. Comprobamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, recopilaremos más información posiblemente contactándonos con usted o con su médico.

Plazos para una "apelación rápida"

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

- No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pudiera beneficiarle, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos más días, se le informaremos por escrito. No podemos demorarnos más si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- Si no le comunicamos una respuesta en las siguientes 72 horas (o al finalizar el período de extensión, en caso de extendernos), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde una organización revisora independiente la revisará. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proveer la cobertura acordada en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente reenviaremos su apelación a la organización revisora independiente para una apelación de Nivel 2. La organización revisora independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una "apelación estándar"

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en los siguientes 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que usted aún no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su afección médica así lo requiere.

  - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pudiera beneficiarle, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos más días, se le informaremos por escrito. No podemos demorarnos más para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

  - Si considera que *no* deberíamos extendernos más días, puede presentar una "queja rápida". Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas.)

  - Si no le damos una respuesta a más tardar en la fecha límite (o al finalizar el período extendido), enviaremos su solicitud a un Nivel 2 de apelación donde una organización revisora independiente revisará la apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proveer la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- **Si la respuesta de nuestro plan a su apelación es negativa, ya sea de forma parcial o total,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización revisora independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se hace una apelación de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la "organización revisora independiente" es **"Entidad revisora independiente"**. A veces también se le conoce como **"IRE"** (por sus siglas en inglés).

La organización revisora independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene conexión con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización revisora independiente realiza una revisión de su apelación.

- Le enviaremos la información de su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su "archivo del caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo del caso.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.
- Usted tiene derecho a darle a la organización revisora independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización revisora independiente analizarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le proveyó una "apelación rápida" en el Nivel 1, también se le proveerá una "apelación rápida" en el Nivel 2

- Para la "apelación rápida", la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en las siguientes 72 horas** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización revisora independiente debe recopilar más información que pudiera beneficiarle, el plazo **puede extenderse hasta 14 días calendario más**. La organización revisora independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si se le proveyó una "apelación estándar" en el Nivel 1, también se le proveerá una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Para la "apelación estándar", si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** desde el momento en que reciba su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** desde el momento en que reciba su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización revisora independiente debe recopilar más información que pudiera beneficiarle, el plazo **puede extenderse hasta 14 días calendario más**. La organización revisora independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización revisora independiente le informa su respuesta.

La organización revisora independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la respuesta de la organización revisora a su solicitud de un artículo o servicio médico es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar la cobertura del cuidado médico en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización revisora, en el caso de solicitudes estándar. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización revisora.
- **Si la respuesta de la organización revisora a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare en disputa en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización revisora, en el caso de las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización revisora.
- **Si esta organización rechaza su apelación, ya sea de forma parcial o total,** significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de cuidado médico no debe autorizarse. (Esto se denomina "mantener la decisión". También se llama "rechazar su apelación"). En este caso, la organización revisora independiente le enviará una carta que:
  - Explicará su decisión.
  - Le notificará sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del cuidado médico cumple con un determinado mínimo. El aviso escrito que recibe de la organización revisora independiente le informará la cantidad en dólares con la que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
  - Le dirá cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar al Nivel 3 de apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es evaluada por un Juez de derecho administrativo o procurador. En la Sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos la parte del costo que nos corresponde de una factura que usted recibió por cuidado médico?

En el Capítulo 7 se describen las situaciones en que puede ser necesario solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También se indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

La solicitud de reembolso es una solicitud de decisión de cobertura de nuestra parte

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, usted está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, evaluaremos si el cuidado médico por el que usted pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si usted siguió todas las normas para el uso de su cobertura de cuidado médico.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si el cuidado médico está cubierto y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de la parte del costo que nos corresponde en los siguientes 60 días calendario

después de recibir su solicitud. Si no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

- **Si rechazamos su solicitud:** Si el cuidado médico *no* está cubierto o usted *no* cumplió con todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta informándole que no pagaremos los servicios y los motivos de esta decisión.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Presentar una apelación significa solicitarnos que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para realizar esta apelación, siga el proceso de apelación descrito en la Sección 5.3. Para las apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Tenemos que darle nuestra respuesta en los siguientes 60 días calendario después de recibir su apelación. Si solicita el reembolso del pago por el cuidado médico que ya recibió y pagó usted, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización revisora independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en los siguientes 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor en los siguientes 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 pago de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada por razones médicas. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información acerca de una indicación aceptada por razones médicas). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección solo trata sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente utilizamos el término "medicamento" en el resto de la sección, en lugar de repetir "medicamento cubierto recetado para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D" cada vez que aparece. También utilizamos el término "guía de medicamentos" en lugar de "Lista de medicamentos cubiertos" o "Formulario".

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le informa que no se puede surtir su receta tal como está escrita, la farmacia le proporcionará un aviso por escrito que le explicará cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial acerca de sus medicamentos de la Parte D se conoce como **"determinación de cobertura"**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en una de las siguientes situaciones:

- Solicitar la cobertura de un medicamento de la Parte D que no está incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos*. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar el pago de una cantidad menor de costos compartidos por un medicamento cubierto de un nivel superior de costos compartidos. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento recetado que usted ya compró. **Solicitarnos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
La solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en la Guía de medicamentos en ocasiones se conoce como una solicitud de **"excepción al formulario"**. La solicitud de anulación de una restricción de cobertura de un medicamento en ocasiones se conoce como solicitud de **"excepción al formulario"**. La solicitud de pago de un precio menor por un medicamento cubierto no preferido en ocasiones se conoce como una solicitud de **"excepción de nivel"**.

Si un medicamento no se cubre de la forma en que usted desearía que fuera cubierto, puede solicitarnos que realicemos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que expide la receta deberán explicar las razones médicas por las cuales usted necesita la aprobación de la excepción. A continuación, presentamos tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que expide la receta pueden solicitarnos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra Guía de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento no incluido en la Guía de medicamentos, deberá pagar la cantidad de costos

compartidos que se aplica a los medicamentos en el Nivel 4 de costos compartidos – Medicamentos no preferidos. No puede solicitar una excepción a la cantidad de costo compartido que le requerimos que pague por el medicamento.

2. **Anulación de una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos incluidos en nuestra Guía de medicamentos. Si aceptamos realizar una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede solicitar una excepción a la cantidad de copago o coseguro que le requerimos que pague por el medicamento.

3. **Cambio de cobertura de un medicamento a un nivel de costos compartidos menor.** Cada medicamento en nuestra Guía de medicamentos está en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, mientras más bajo es el número del nivel de costos compartidos, menos deberá pagar como la parte del costo que le corresponde del medicamento.

   - Si nuestra guía de medicamentos contiene medicamento(s) alternativo(s) para tratar su afección médica que se encuentra(n) en un nivel de costos compartidos más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido correspondiente al/a los medicamento(s) alternativo(s).

   - 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 nivel más bajo que contenga productos biológicos alternativos para el tratamiento de su afección.

   - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido correspondiente al nivel más bajo que contenga medicamentos de marca alternativos para el tratamiento de su afección.

   - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido correspondiente al nivel más bajo que contenga medicamentos de marca o genéricos alternativos para el tratamiento de su afección.

   - Usted no puede solicitarnos el cambio del nivel de costos compartidos de ningún medicamento en el Nivel 5 de costos compartidos – Nivel de especialidad.

   - Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel de costos compartidos más bajo con medicamentos alternativos que no pueda tomar, usted normalmente pagará la cantidad más baja.

Sección 6.3 Información importante que debe conocer acerca de la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que expide la receta deben darnos una justificación que explique los motivos médicos por los cuales solicita una excepción. Para que la decisión sea más rápida, incluya esta información médica del médico o de otro profesional que expide la receta al solicitar una excepción.

En general, nuestra Guía de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo resultara tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causa más efectos secundarios u otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos la solicitud de una excepción. Si usted nos solicita una excepción de nivel, en general *no* aprobaremos la solicitud de una excepción a menos que todos los

medicamentos alternativos de los niveles inferiores de costos compartidos no funcionen tan bien en su caso o tengan la probabilidad de ocasionar una reacción adversa u otro tipo de perjuicio.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente tiene validez hasta el final del año del plan. Esto se cumple siempre y cuando el médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento continúe resultando seguro y eficaz en el tratamiento de su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar una revisión mediante 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 conoce como **"determinación de cobertura acelerada"**.

<u>Paso 1:</u> Decida si necesita una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión de cobertura rápida".

Las **"decisiones de cobertura estándar"** se realizan en un plazo de **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las **"decisiones de cobertura rápida"** se realizan en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

***Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una "decisión de cobertura rápida*". Para recibir una decisión de cobertura rápida debe cumplir con dos requisitos:**

- Debe solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para el reembolso de un medicamento que ya ha comprado).
- El uso de plazos estándar podría ocasionar daños graves en su salud o perjudicar a su capacidad física.
- **Si su médico u otro profesional que expide la receta nos informa que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente le proveeremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico u otro profesional que expide la receta, decidiremos si su salud requiere que le proveamos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Indicará que utilizaremos los plazos estándar.
  - Explicará que, si el médico u otro profesional que expide la receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proveeremos.
  - Le informará cómo puede presentar una "queja rápida" acerca de nuestra decisión de proveerle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida solicitada. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas a partir de que la recibamos.

<u>Paso 2:</u> 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 le autoricemos o proveamos la cobertura del cuidado médico 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 presentada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS o en el formulario de nuestro plan, que están disponibles 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.

Puede hacerlo usted, su médico (u otro profesional que expide la receta) o su representante. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo se indica cómo puede otorgar un permiso 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 expide la receta pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O bien, su médico u otro profesional que expide la receta pueden informarnos vía telefónica y, si fuera necesario, posteriormente enviar por fax o correo la declaración escrita.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- En general, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 24 horas** después de recibir su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en las siguientes 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos 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 apelación, donde la revisará una organización revisora independiente.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos proveer la cobertura acordada en las siguientes 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" acerca de un medicamento que aún no ha recibido

- Debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en las siguientes 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos 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 apelación, donde la revisará una organización revisora independiente.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos **proveer la cobertura** acordada **en las siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" acerca de un pago por un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en los siguientes 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización revisora independiente.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total**, también debemos efectuarle el pago en los siguientes 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que revisemos esta decisión mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, esto 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 en relación con la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D también se conoce como una **"redeterminación"** del plan. Una "apelación rápida" también se conoce como **"redeterminación acelerada"**.

Paso 1: Decida si necesita una "apelación estándar" o una "apelación rápida".

Por lo general, una "apelación estándar" se realiza en un plazo de 7 días. Por lo general, una "apelación rápida" se realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud así lo requiere, solicite una "apelación rápida"

- Si está apelando una decisión que tomamos en relación con un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que expide la receta deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para una "decisión de cobertura rápida" en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico, u otro profesional que expide la receta deben contactarnos y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

- **Para las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** El capítulo 2 contiene información de contacto.

- **Para las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-800-794-5907.** El capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información relacionada con su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en los siguientes 60 días calendario** desde la fecha que aparece en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta acerca de la decisión de cobertura. Si deja pasar el plazo y tiene un buen motivo que lo justifique, explique el motivo del atraso en su apelación cuando presente su apelación. Es posible que podamos concederle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenos motivos pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta acerca del plazo para la solicitud de la apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden darnos información adicional que respalde su apelación. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, repasamos minuciosamente una vez más toda la información sobre su solicitud de cobertura. Comprobamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que le contactemos a usted, a su médico o a otro profesional que expide la receta para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Si no le comunicamos una respuesta en las siguientes 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización revisora independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos proveer la cobertura acordada en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar" por un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en los siguientes 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su afección médica así lo requiere.
  - Si no le comunicamos una decisión en los siguientes 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización revisora independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos proveer la cobertura tan pronto como lo requiera su salud y a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar" para el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **en los siguientes 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización revisora independiente.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total**, también debemos efectuarle el pago a usted en los siguientes 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos. También le informaremos cómo puede apelar

<u>Paso 4:</u> Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, esto significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la "organización revisora independiente" es **"Entidad revisora independiente"**. A veces también se le conoce como **"IRE" (por sus siglas en inglés)**.

La organización revisora independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene conexión con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

<u>Paso 1:</u> Usted (o su representante, su médico u otro profesional que expide la receta) debe contactar a la organización revisora independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** con la Organización revisora independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede realizar esta apelación de Nivel 2, cuáles son los plazos que debe cumplir y cómo contactar a la organización revisora. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o si tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación "del riesgo" conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, reenviaremos automáticamente su reclamación a la organización revisora independiente.
- Le enviaremos la información de su apelación a esta organización. Esta información se conoce como "archivo del caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo del caso.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.

- Usted tiene derecho a darle a la organización revisora independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización revisora independiente realiza una revisión de su apelación.

Los revisores de la organización revisora independiente analizarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si su salud así lo requiere, solicite una "apelación rápida" a la organización revisora independiente.
- Si la organización revisora acepta otorgarle una "apelación rápida", la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en las siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una "apelación estándar"

- Para las apelaciones estándar, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en los siguientes 7 días calendario** después de recibir su apelación si corresponde a un medicamento que usted aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya ha comprado, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en los siguientes 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización revisora independiente le informa su respuesta.

Para las "apelaciones rápidas":

- **Si la organización revisora independiente acepta su solicitud, en forma parcial o total**, debemos **proveerle la cobertura del medicamento** aprobada por la organización revisora **en las siguientes 24 horas** después de recibir la decisión de la organización revisora.

Para las "apelaciones estándar":

- **Si la organización revisora independiente acepta su solicitud, en forma parcial o total**, debemos **proveerle la cobertura del medicamento** aprobada por la organización revisora **en las siguientes 72 horas** después de recibir la decisión de la organización revisora.
- **Si la organización revisora independiente aprueba, en forma parcial o total, una solicitud de reembolso del pago** de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en los siguientes 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización revisora.

¿Qué sucede si la organización revisora rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, **ya sea de forma parcial o total**, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se denomina "mantener la decisión". También se llama "rechazar su apelación"). En este caso, la organización revisora independiente le enviará una carta que:

- Explicará su decisión.
- Le notificará sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que usted solicita cumple con un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la

cobertura del medicamento solicitada es demasiado bajo, no puede realizar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.

- Le informará el valor en dólares 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.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si decide pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibió después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es evaluada por un Juez de derecho administrativo o procurador. En la Sección 9 de este capítulo se provee más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta antes de tiempo

Cuando se le admite en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que necesite para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted en la preparación para el día en que le den de alta del hospital. Le ayudarán a organizar el cuidado médico que pudiera necesitar después de salir del hospital.

- El día que sale del hospital se le llama su **"fecha de alta"**.
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, el médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si considera que le están dando de alta antes de tiempo, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos

En un plazo de dos días luego de ser admitido en el hospital, se le entregará un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un trabajador de casos o profesional de enfermería), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para afiliados o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea este aviso atentamente y haga preguntas si no lo entiende.** Le informa:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indique el médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son los servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.

- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización
- Dónde informar sus inquietudes sobre la calidad del cuidado hospitalario.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si considera que le están dando de alta del hospital antes de tiempo. Esta es una manera formal y legal de solicitar una demora en la fecha de alta de modo que cubramos su cuidado hospitalario durante más tiempo.

2. **Se le pedirá que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que entiende cuáles son sus derechos.**
   - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
   - La firma del aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no incluye la fecha de alta. La firma del aviso ***no* implica** que acepta una fecha de alta.
3. **Conserve su copia** del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud acerca de la calidad del cuidado médico) a mano en caso de necesitarla.
   - Si firma el aviso más de dos días antes del día del alta del hospital, se le entregará otra copia antes de que se programe el alta.
   - Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios para afiliados o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete 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 de alta del hospital

Si desea solicitarnos que los servicios hospitalarios como paciente internado sean cubiertos durante un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en algún momento, llame a Servicios para afiliados. O bien, llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico, una organización del gobierno que provee asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Esta verifica si la fecha de alta planificada es adecuada para usted por razones médicas.

La **Organización para el mejoramiento de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud a los que el gobierno federal les paga por verificar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado médico de las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Contacte con la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*) le informa cómo contactar a esta organización. O busque el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad *antes* de salir del hospital y **a más tardar a la medianoche de la fecha de su alta**.
  - **Si cumple con este plazo**, podrá quedarse en el hospital *después* de la fecha de alta *sin tener que pagar*, mientras espera la decisión sobre su apelación de parte de la Organización para el mejoramiento de la calidad.
  - **Si *no* cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar todos los costos* del cuidado hospitalario recibido después de la fecha de alta planificada.
  - Si deja pasar la fecha límite para contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad, y aún desea presentar su apelación, deberá presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de realizar 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. A más tardar al mediodía del día posterior a nuestra comunicación, le enviaremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso le indica la fecha de alta planificada y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener un ejemplo del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios para afiliados o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para el mejoramiento de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el mejoramiento de la calidad (los "revisores") le consultarán a usted (o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos provisto.
- A más tardar al mediodía del día después de que los revisores nos informaron sobre su apelación, usted recibirá un aviso por escrito de nosotros donde se le proveerá su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de obtener toda la información necesaria, la Organización para el mejoramiento de la calidad le comunicará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es positiva?

- Si la organización revisora *acepta* su apelación, **debemos continuar proveyéndole los servicios hospitalarios cubiertos como paciente internado durante el tiempo que sean necesarios por razones médicas**.
- Usted deberá continuar pagando la parte de los costos que le corresponde (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, es posible que existan limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización revisora *rechaza* su apelación, significa que la fecha de alta planificada es adecuada por razones médicas. Si esto ocurre, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente internado finalizará** al mediodía del día posterior a que la Organización para el mejoramiento de la calidad responda a su apelación.
- Si la organización revisora *rechaza* su apelación y usted decide quedarse en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** del cuidado hospitalario que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para el mejoramiento de la calidad responda a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea realizar otra apelación.

- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad *rechazó* su apelación, y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede realizar otra apelación. Realizar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelación.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el mejoramiento de la calidad que revise nuevamente la decisión tomada en su primera apelación. Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo completo de su estadía después de la fecha de alta planificada.

Paso 1: Contacte a la Organización para el mejoramiento de la calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en los siguientes 60 días calendario** después del día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si se queda en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de cuidado médico.

Paso 2: La Organización para el mejoramiento de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad volverán a analizar minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En los 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión con relación a su apelación y se la informarán.

Si la organización revisora provee una respuesta positiva:

- **Debemos reembolsarle** la parte de los costos que nos corresponde por el cuidado hospitalario que recibió a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el mejoramiento de la calidad rechazó la primera apelación. **Debemos seguir proveyéndole cobertura de cuidado de hospitalización mientras sea necesario por razones médicas.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización revisora provee una respuesta negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1. Esto se denomina "mantener la decisión".
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar al Nivel 3 de apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es evaluada por un Juez de derecho administrativo o procurador. En la Sección 9 de este capítulo se provee más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la apelación de Nivel 1?

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se conoce como **"apelación acelerada"**.

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar con rapidez para iniciar su apelación de Nivel 1 de la fecha del alta del hospital. Si vence el plazo para contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad, existe 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 *alternativa* de Nivel 1

Paso 1: Contáctenos y solicite una "revisión rápida".

- **Solicite una "revisión rápida".** Esto significa que nos solicita que le proveamos una respuesta en los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar". El capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Realizamos una "revisión rápida" de la fecha de alta planificada, para comprobar si el alta era adecuada por razones médicas.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información relacionada con su hospitalización. Verificamos si la fecha de alta planificada era adecuada por razones médicas. Verificamos si la decisión sobre cuándo debía salir del hospital fue justa y cumplió con todas las normas.

<u>Paso 3:</u> Le proveemos nuestra decisión en las siguientes 72 horas después de que usted solicite una "revisión rápida".

- **Si aceptamos su solicitud de una apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que sigue necesitando permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos proporcionando los servicios hospitalarios cubiertos como paciente internado durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. Además, significa que aceptamos reembolsarle la parte de los costos que nos corresponde por el cuidado médico recibido desde la fecha en que informamos que finalizaría la cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su solicitud de una apelación rápida,** significa que su fecha de alta planificada era adecuada por razones médicas. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente internado termina a partir del día en que informamos que finalizaría la cobertura.
  - Si permaneció en el hospital *después* de la fecha de alta planificada, **es posible que deba pagar el costo total** del cuidado hospitalario que recibió después de la fecha de alta planificada.

<u>Paso 4:</u> Si *rechazamos* su apelación, su caso *automáticamente* pasará al siguiente nivel del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso de Apelación *alternativa* de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la "organización revisora independiente" es **"Entidad revisora independiente"**. A veces también se le conoce como **"IRE" (por sus siglas en inglés)**.

La organización revisora independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene conexión con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

<u>Paso 1:</u> Automáticamente reenviaremos su caso a la organización revisora independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización revisora independiente en las siguientes 24 horas a partir de que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo se indica cómo presentar una queja).

<u>Paso 2:</u> La organización revisora independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en las siguientes 72 horas.

- Los revisores de la organización revisora independiente analizarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos devolverle el pago de la parte de los costos que nos corresponde por el cuidado hospitalario que recibió a partir de la fecha de alta planificada. Además, debemos continuar la cobertura del plan de los servicios hospitalarios como paciente internado durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. Usted deberá seguir pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la cantidad que deberíamos reembolsarle o el tiempo durante el cual deberíamos continuar la cobertura de sus servicios.

- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que está de acuerdo en que su fecha de alta planificada era adecuada por razones médicas.
  - El aviso escrito que reciba de la organización revisora independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, del cual se encarga un Juez de derecho administrativo o un procurador.

Paso 3: Si la organización revisora independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación 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 esa decisión o pasa a una apelación de Nivel 3.
- En la Sección 9 de este capítulo se provee más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando antes de tiempo

Sección 8.1 *Esta sección trata únicamente sobre tres servicios:* Servicios de cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada, y en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés)

Cuando recibe **servicios de cuidado de la salud en el hogar, cuidado de enfermería especializada, o cuidado de rehabilitación (en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF, por sus siglas en inglés])**, usted tiene derecho a continuar recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de cuidado médico durante el tiempo que dicho cuidado sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de interrumpir su cobertura de cualquiera de los **tres** tipos de cuidado médico, debemos informárselo con anticipación. Cuando termine su cobertura para ese cuidado médico, *interrumpiremos el pago de la parte del costo que nos corresponde por su cuidado*.

Si cree que damos por finalizada la cobertura de su cuidado médico demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le informa cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

Término legal
"**Aviso de no cobertura de Medicare**". Le informa cómo puede solicitar una "**apelación por vía rápida**". La solicitud de una apelación por vía rápida constituye una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura en cuanto al momento de interrumpir su cuidado médico.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su cuidado. El aviso le informa:
   - La fecha en la que interrumpiremos la cobertura de su cuidado médico.
   - Cómo solicitar una "apelación por vía rápida" para solicitarnos que continuemos cubriendo su cuidado durante un período más prolongado.
2. **Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso escrito para que quede constancia de que lo ha recibido.** La firma del aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre el momento en que se interrumpirá su cobertura. **Firmarlo no implica que está de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir el cuidado médico.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su cuidado médico durante un período más prolongado

Si desea solicitarnos que cubramos su cuidado médico durante un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en algún momento, llame a Servicios para afiliados. O bien, llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico, una organización del gobierno que provee 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 cuidado es adecuada por razones médicas.

La **Organización para el mejoramiento de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos del cuidado de la salud a los que el gobierno federal les paga por verificar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado médico proporcionado a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan en cuanto al momento en que se interrumpirá la cobertura de ciertos tipos de cuidado médico. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: contacte con la Organización para el mejoramiento de la calidad y solicite una apelación por vía rápida. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le informa cómo contactar con esta organización. O busque el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Debe contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad para comenzar su apelación a más tardar **al mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** indicada en la Notificación de no cobertura de Medicare.

Su plazo para contactar con esta organización

- Si deja pasar la fecha límite para contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad, y aún desea presentar una apelación, deberá presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

<u>Paso 2:</u> La Organización para el mejoramiento de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Término legal
"**Explicación detallada de no 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") le consultarán a usted (o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización revisora también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le haya provisto.
- Al final del día, los revisores nos informan acerca de su apelación y usted recibirá una **Explicación detallada de no cobertura** por parte de nosotros en la que le explicamos los detalles de nuestros motivos para la terminación de la cobertura de sus servicios.

<u>Paso 3:</u> En el plazo de un día completo después de obtener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos continuar proveyéndole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea necesario por razones médicas**.
- Usted deberá continuar pagando la parte de los costos que le corresponde (como deducibles o copagos, si se aplican). Es posible que existan limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **la cobertura terminará en la fecha que le indicamos**.
- Si decide continuar recibiendo servicios de cuidado de la salud en el hogar, o cuidado en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por

sus siglas en inglés) *después* de la fecha de finalización de su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por ese cuidado médico.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea realizar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo cuidado médico después de la interrupción de la cobertura del cuidado médico, puede 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 cuidado médico durante un período más prolongado

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el mejoramiento de la calidad que revise nuevamente la decisión tomada 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 los servicios de cuidado de la salud en el hogar, o cuidado en un centro de enfermería especializada, o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en que informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Contacte a la Organización para el mejoramiento de la calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en los siguientes 60 días** después del día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo cuidado médico después de la fecha en que finalizó su cobertura de cuidado médico.

Paso 2: La Organización para el mejoramiento de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad volverán a analizar minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En los 14 días después de recibir su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión con relación a su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización revisora acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte de los costos que nos corresponde por el cuidado médico que haya recibido desde la fecha en que informamos que finalizaría la cobertura. **Debemos seguir proporcionándole cobertura** del cuidado médico mientras sea necesario por razones médicas.
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización revisora rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre la apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Este le proveerá detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, del cual se encarga un Juez de derecho administrativo o procurador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar al Nivel 3 de apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es evaluada por un Juez de derecho administrativo o procurador. En la Sección 9 de este capítulo se provee más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explica antes, debe actuar con rapidez para contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad y comenzar su primera apelación (en uno o dos días, como máximo). Si vence el plazo para contactar a esta organización, existe 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 *alternativa* de Nivel 1

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se conoce como **"apelación acelerada"**.

<u>Paso 1:</u> Contáctenos y solicite una "revisión rápida".

- **Solicite una "revisión rápida"**. Esto significa que nos solicita que le proveamos una respuesta en los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar". El capítulo 2 contiene información de contacto.

<u>Paso 2:</u> Realizamos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos nuevamente toda la información relacionada con su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas al determinar la fecha de finalización de la cobertura del plan para los servicios que usted recibía.

<u>Paso 3:</u> Le proveemos nuestra decisión en las siguientes 72 horas después de la solicitud de una "revisión rápida".

- **Si aceptamos la apelación rápida,** significa que coincidimos con usted en que necesita los servicios durante más tiempo, y continuaremos proporcionando la cobertura de sus servicios durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. Además, significa que aceptamos reembolsarle la parte de los costos que nos corresponde por el cuidado médico recibido desde la fecha en que informamos que finalizaría la cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos la apelación rápida,** su cobertura terminará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo los servicios de cuidado de la salud en el hogar, o cuidado en un centro de enfermería especializada, o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por ese cuidado médico.

<u>Paso 4:</u> Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso *automáticamente* pasará al siguiente nivel del proceso de apelación.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización revisora independiente" es **"Entidad revisora independiente"**. A veces también se le conoce como **"IRE" (por sus siglas en inglés)**.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativo* de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización revisora independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su "apelación rápida". Esta organización decide si se debe cambiar la decisión. **La organización revisora independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para encargarse de la tarea de ser la Organización revisora independiente. Medicare supervisa su trabajo.

<u>Paso 1:</u> Automáticamente reenviaremos su caso a la organización revisora independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización revisora independiente en las siguientes 24 horas a partir de que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo se indica cómo presentar una queja).

<u>Paso 2:</u> La organización revisora independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en las siguientes 72 horas.

- Los revisores de la organización revisora independiente analizarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos devolverle el pago de la parte de los costos que nos corresponde por el cuidado médico que recibió a partir de la fecha en que informamos que finalizaría la cobertura. También debemos continuar proveyendo la cobertura del cuidado médico mientras sea necesario por razones médicas. Usted deberá seguir pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la cantidad que deberíamos reembolsarle o el tiempo durante el cual deberíamos continuar la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que acepta la decisión tomada por nuestro plan en relación con la primera apelación y no la modificará.
- El aviso que reciba de la organización revisora independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea pasar a una apelación de Nivel 3.

<u>Paso 3:</u> Si la organización revisora independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar al Nivel 3 de apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 es revisada por un Juez de derecho administrativo o procurador. En la Sección 9 de este capítulo se provee más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo presentar la apelación en el Nivel 3 y en los niveles superiores

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 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, posiblemente pueda pasar a los niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, usted no podrá seguir apelando. En la respuesta escrita que reciba para su apelación de Nivel 2 se explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación, se detalla quién está a cargo de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3:	**Un Juez de derecho administrativo o procurador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de derecho administrativo o procurador acepta su apelación, el proceso de apelación *puede* o *no* finalizar.** A diferencia de una decisión sobre una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión sobre una apelación de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proveerle el servicio en los siguientes 60 días calendario después de recibir la decisión del Juez de derecho administrativo o procurador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos que correspondan. Podemos aguardar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en cuestión.
- **Si el Juez de derecho administrativo o procurador rechaza su apelación, el proceso de apelación *puede* o *no* finalizar**.
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que recibirá le indicará 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 forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de Apelación de Nivel 3, el proceso de apelación *puede* o *no* finalizar.** A diferencia de una decisión sobre una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión sobre una apelación de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio en los siguientes 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.

- Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.

- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede* o *no* finalizar.**

  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.

  - Si no desea aceptar la decisión, posiblemente pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará si las normas 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 del distrito federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

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 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que ha apelado cumple con una cierta cantidad de dólares, posiblemente pueda pasar a los niveles de apelación adicionales. Si la cantidad en dólares es inferior, usted no podrá seguir apelando. La respuesta escrita que recibirá por su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación, se detalla quién está a cargo de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3:	**Un Juez de derecho administrativo o procurador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelación habrá finalizado.** Debemos **autorizar o proveerle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Juez de derecho administrativo o procurador **en las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.

- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *puede* o *no* finalizar.**

  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.

  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que recibirá le indicará 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 forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelación habrá finalizado.** Debemos **autorizar o proveerle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Consejo **en las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *puede* o *no* finalizar.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
  - Si no desea aceptar la decisión, posiblemente pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o niega su solicitud de revisar la apelación, el aviso que recibirá le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le informará a quién debe contactar y qué hacer si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5:	Un juez del **Tribunal del distrito federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras cuestiones

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se atienden en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, se detallan algunos ejemplos de los tipos de problemas que se atienden en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad del cuidado médico	• ¿No está conforme con la calidad del cuidado médico que ha recibido (incluido el cuidado hospitalario)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas	• ¿Alguna persona fue descortés o le faltó al respeto? • ¿No está conforme con nuestro Servicios para afiliados? • ¿Siente que lo incentivan a abandonar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para obtener una cita, o debe esperar demasiado para obtenerla? • ¿Ha tenido que esperar a médicos, farmacéuticos u otros profesionales del cuidado de la salud por demasiado tiempo? ¿O a Servicios para afiliados o a otro personal del plan? – Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera, en la sala de exámenes o para obtener una receta.

Queja	Ejemplo
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que recibe de nuestra parte	• ¿No le proporcionamos un aviso requerido? • ¿Es difícil entender nuestra información escrita?
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones con respecto a las decisiones de cobertura y apelaciones)	Si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja debido a la lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Usted nos solicitó una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida" y la rechazamos; puede presentar una queja. • Usted considera que no cumplimos con los plazos para una decisión de cobertura o una apelación; puede presentar una queja. • Usted considera que no cumplimos con los plazos para cubrirle o reembolsarle determinados servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Usted considera que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización revisora independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **"queja"** también se llama **"queja formal"**.
- **"Presentar una queja"** también se llama **"presentar una queja formal"**.
- **"Utilizar el proceso de quejas"** también se llama **"utilizar el proceso para presentar una queja formal"**.
- Una **"queja rápida"** también se llama **"queja formal acelerada"**.

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Contáctenos de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios para afiliados.** Si debe hacer algo más, Servicios para afiliados le informará. Llame al 1-800-794-5907, TTY 711, entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario normal, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en un plazo de 1 día hábil.

- **Si no desea llamar por teléfono (o llamó y no quedó satisfecho), puede enviarnos su queja por escrito.** Si realiza su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

- **Instrucciones para presentar quejas formales**

Llame a Servicios para afiliados al 1-800-794-5907 TTY 711 para presentar una queja formal verbal.

Envíe una queja formal por escrito a:
CarePlus Health Plans, Inc.,
Attention: Grievance and Appeals Department
P.O. BOX #277810
Miramar, FL 33027

Cuando presente una queja formal, provea la siguiente información:
- ☐ Nombre
- ☐ Dirección
- ☐ Número de teléfono
- ☐ Número de identificación de afiliado
- ☐ Un resumen de la queja y cualquier contacto previo con nosotros en relación con la queja
- ☐ La acción que nos está solicitando
- ☐ Su firma o la firma de su representante autorizado y la fecha. Si desea que un amigo, familiar, su médico, otro proveedor o alguna otra persona sea su representante, llame a Servicios para afiliados y pida el formulario "Nombramiento de un representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le provee a la persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.

- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que usted tuvo el problema del cual desea quejarse.

Paso 2: Revisamos su queja y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de forma inmediata.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que le demos 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 lo beneficiará o si usted solicita más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos extendernos más días, le informaremos por escrito.

- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", automáticamente le proveeremos una "queja rápida".** Si tiene una "queja rápida", significa que le daremos **una respuesta en las siguientes 24 horas.**

- **Si no estamos de acuerdo** con su queja de forma parcial o total, o no asumimos responsabilidad por el problema por el cual presenta la queja, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado médico a la Organización para el mejoramiento de la calidad

Cuando su queja es por la *calidad del cuidado médico*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede realizar la queja directamente ante la Organización para el mejoramiento de la calidad.** La Organización para el mejoramiento de la calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en el

cuidado de la salud a los que el gobierno federal les paga por verificar y mejorar el cuidado médico proporcionado a los pacientes de Medicare. El capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja tanto ante la Organización para el mejoramiento de la calidad como ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informar a Medicare de su queja

Puede presentar una queja acerca de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a 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:
Cómo finalizar su afiliación al plan

SECCIÓN 1 Introducción a cómo finalizar su afiliación a nuestro plan

La terminación de su afiliación a CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Puede abandonar nuestro plan porque decidió que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo finalizar su afiliación voluntariamente.
- También existen situaciones limitadas en las cuales nos vemos obligados a terminar su afiliación. La Sección 5 describe las situaciones en que debemos terminar su afiliación.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar proveyéndole el cuidado médico y los medicamentos recetados y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que termine su afiliación.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su afiliación a nuestro plan?

Sección 2.1 Puede finalizar su afiliación durante el Período anual de inscripción

Puede finalizar su afiliación durante el **Período anual de inscripción** (también conocido como el "Período de inscripción abierta anual"). Durante este período, revise su cobertura de salud y de medicamentos, y decida sobre su cobertura para el año siguiente.

- **El Período anual de inscripción** se extiende desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**
- **Opte por quedarse con su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos recetados.
  - Medicare original *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
  - Medicare original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
    > Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática.

    Tenga en cuenta: si se desafilia de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura válida para medicamentos recetados durante un período de 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por afiliación tardía de la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
- **Su afiliación en nuestro plan** terminará cuando comience la cobertura del nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede finalizar su afiliación durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de realizar *un* cambio en su cobertura de salud 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 anual de Medicare Advantage** usted puede:
  - Cambiar a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos recetados.
  - Desafiliarse de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare original. Si elige cambiar a Medicare original durante este período, también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **Su afiliación terminará** el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan Medicare Advantage diferente o a la fecha en que recibamos su solicitud de cambio a Medicare original. Si además elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su inscripción en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos haya recibido su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, puede finalizar su afiliación durante un Período especial de inscripción

En determinadas situaciones, los afiliados de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) pueden ser elegibles para finalizar su afiliación en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período especial de inscripción**.

- **Es posible que sea elegible para finalizar su afiliación durante un Período especial de inscripción** si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo algunos ejemplos; para consultar la lista completa, póngase en contacto con el plan, llame a Medicare o visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
  - Generalmente, cuando se muda.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si es elegible para recibir "Ayuda adicional" para el pago de los medicamentos recetados de Medicare.
  - Si violamos nuestro contrato con usted.
  - Si recibe cuidado médico en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés).
  - Si se inscribe en el Programa de cuidado total de salud para ancianos (PACE, por sus siglas en inglés).

Tenga en cuenta: si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En el Capítulo 5, Sección 10, se ofrece más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para determinar si es elegible para un Período especial de inscripción, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su afiliación por una situación especial, puede elegir cambiar tanto la cobertura de salud de Medicare como la cobertura para medicamentos recetados. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos recetados.
- Medicare original *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.

O

- Medicare original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.

  Tenga en cuenta: si se desafilia de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por afiliación tardía de la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Por lo general, su afiliación terminará el primer día del mes siguiente al que hayamos recibido su solicitud de cambio de plan.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si cambia a Medicare original y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre el momento en que puede finalizar su afiliación?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su afiliación, puede:

- **Llamar a Servicios para afiliados**.
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare y usted 2023***.
- Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su afiliación a nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe finalizar su afiliación a nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Automáticamente se le desafiliará de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) cuando comience la cobertura del nuevo plan.
• Medicare original *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. • Automáticamente se le desafiliará de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) cuando comience la cobertura del nuevo plan.
• Medicare original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.	• **Envíenos una solicitud de desafiliación por escrito.** Póngase en contacto con Servicios para afiliados si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede ponerse en contacto con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana y solicitar la desafiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se le desafiliará de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) cuando comience la cobertura en Medicare original.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su afiliación, debe continuar recibiendo los servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que termine su afiliación y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo el cuidado médico y los medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga utilizando los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.**
- **Siga utilizando las farmacias de nuestra red o de pedido por correo para surtir sus medicamentos recetados hasta que termine su afiliación a nuestro plan.**
- **Si está hospitalizado el día en que termina su afiliación, generalmente nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den de alta** (incluso si el alta es posterior al inicio de su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) debe terminar su afiliación al plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su afiliación al plan?

CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) debe terminar su afiliación al plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si usted ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
  - Si se muda o realiza un viaje por largo tiempo, llame a Servicios para afiliados para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- No cumple con los requisitos especiales de elegibilidad del plan.
  - Si determinamos que después de su inscripción en CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) no tiene un trastorno pulmonar crónico, tendrá una oportunidad de seleccionar otro plan. Le notificaremos por escrito si no podemos verificar el diagnóstico de un trastorno pulmonar crónico con su médico. Se le concederá un período especial de elección que se extiende hasta el último día del segundo mes después de que se lo notifiquemos, para elegir un nuevo plan o regresar a Medicare original.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si usted ya no es ciudadano estadounidense o ya no se encuentra en los Estados Unidos de manera legal.
- Si provee información falsa u omite información sobre otro seguro que tenga, que le provee cobertura para medicamentos recetados.
- Si nos da información incorrecta de forma intencional al inscribirse en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para ingresar en nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero un permiso de Medicare).
- Si usted constantemente demuestra mal comportamiento y nos dificulta proveer cuidado médico a usted o a otros afiliados de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero un permiso de Medicare).
- Si usted permite a otra persona utilizar su tarjeta de afiliado para obtener cuidado médico (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero un permiso de Medicare).
  - Si terminamos su afiliación por este motivo, Medicare puede disponer que el Inspector General investigue su caso.
- Si se le solicita que pague la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare le desafiliará de nuestro plan y perderá su cobertura para medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos terminar su afiliación, llame a Servicios para afiliados.

Sección 5.2 No podemos solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud, a menos que usted ya no tenga una afección médica requerida para la inscripción en CareBreeze Platinum (HMO C-SNP)

En la mayoría de los casos, CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) no puede solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. La única vez que se nos permite hacer esto es si usted ya no tiene la afección médica requerida para la inscripción en CareBreeze Platinum (HMO C-SNP).

¿Qué debe hacer en ese caso?

Si considera que le solicitan que abandone el plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su afiliación a nuestro plan

Si terminamos su afiliación a nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos que tenemos para hacerlo. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja o queja formal sobre nuestra decisión de terminar su afiliación.

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

La ley principal que se aplica a esta *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados en el marco de la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, también pueden aplicarse leyes del estado donde usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no se incluyan ni se expliquen en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos a las personas por su raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las otras leyes correspondientes a organizaciones que reciben subsidios federales, y demás leyes y reglamentos que se apliquen por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene dudas acerca de 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 la 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 para tener acceso al cuidado médico, llámenos a Servicios para afiliados. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para afiliados puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no sea el pagador primario. Según los reglamentos de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 de 42 CFR, CareBreeze Platinum (HMO C-SNP), como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría bajo los reglamentos de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección sustituyen a las leyes estatales.

SECCIÓN 4 Aviso adicional sobre la subrogación (recuperación de terceros)

Nuestro derecho a recuperar pagos

Si pagamos una reclamación en su nombre, tenemos derechos de subrogación. Esta es una disposición de seguros muy común que significa que nosotros tenemos el derecho a recuperar la cantidad que pagamos por su reclamación de cualquier tercero que sea responsable de los gastos o beneficios médicos relacionados con su

enfermedad, lesión o afección. Usted nos asigna su derecho a emprender acciones legales contra terceros responsables, y usted acepta:

1. Proveer cualquier información pertinente que le solicitemos; y

2. Participar en cualquier fase de la acción legal, como la exhibición de documentos, las declaraciones juradas y el testimonio en juicio, de ser necesario.

Si usted no coopera con nosotros o con nuestros representantes, o si hace cualquier cosa que interfiera con nuestros derechos, podemos emprender acciones legales contra usted. Usted también acepta no asignar a un tercero su derecho a emprender acción legal sin nuestro consentimiento por escrito.

Nuestro derecho a reembolso

También tenemos el derecho a recibir un reembolso si un tercero responsable le paga directamente a usted. Si usted recibe cualquier cantidad como fallo, acuerdo u otro pago de cualquier tercero, deberá reembolsarnos de inmediato, hasta por la cantidad que pagamos por su reclamación.

Nuestros derechos tienen prioridad

Nuestros derechos de reembolso y recuperación tienen prioridad sobre otras reclamaciones y no se verán afectados por ninguna doctrina equitativa. Esto significa que tenemos derecho a recuperar la cantidad que pagamos, incluso si usted no ha recibido compensación del tercero responsable de todos los costos relacionados con su enfermedad o lesión. Si usted no está de acuerdo con nuestros esfuerzos de recuperar el pago, tiene derecho a apelar, según se explica en el Capítulo 9.

No estamos obligados a buscar reembolso ni a emprender acción legal contra un tercero, ni en beneficio propio ni en su nombre. Nuestros derechos bajo la ley de Medicare y esta *Evidencia de cobertura* no se verán afectados por el hecho de que no intervengamos en cualquier acción legal que usted inicie en relación con su lesión, enfermedad o afección.

SECCIÓN 5 Aviso sobre la coordinación de beneficios

¿Por qué necesitamos saber si usted tiene otra cobertura?

Coordinamos los beneficios de acuerdo con las reglas del Pagador secundario de Medicare, las cuales nos permiten facturar o autorizar a un proveedor de servicios a facturar a otras aseguradoras, planes, pólizas, patronos u otras entidades cuando el otro pagador es responsable de pagar los servicios proporcionados a usted. También estamos autorizados a cobrarle o facturarle a usted por las cantidades que el otro pagador ya le haya pagado por dichos servicios. Tendremos todos los derechos concedidos al programa de Medicare bajo las reglas del Pagador secundario de Medicare.

¿Quién paga primero cuando tiene otra cobertura?

Cuando usted tiene una cobertura adicional, la coordinación de su cobertura depende de su situación. Con la coordinación de los beneficios, con frecuencia recibirá cuidado médico de la manera usual a través de proveedores de nuestro plan, y el otro plan o planes que tenga simplemente ayudarán a pagar el cuidado médico recibido. Si usted tiene una cobertura de salud grupal, puede maximizar los beneficios a su disposición si utiliza proveedores que participan en su plan grupal **y** en nuestro plan. En otras situaciones, como por beneficios que no están cubiertos por nuestro plan, usted puede recibir su cuidado médico fuera de nuestro plan.

Planes de salud grupales de un patrono y de una organización de empleados

Algunas veces, un plan de salud grupal debe proporcionarle beneficios de salud antes de que nosotros le proporcionemos beneficios de salud. Esto sucede si:

- Usted tiene cobertura bajo un plan de salud grupal (incluidos tanto planes de patronos como de organizaciones de empleados), ya sea directamente o a través de su cónyuge, y
- El patrono tiene veinte (20) o más empleados (según lo determinan las reglas de Medicare), y
- Usted no está cubierto por Medicare debido a discapacidad o Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés).

Si el patrono tiene menos de veinte (20) empleados, por lo general somos nosotros quienes le proporcionaremos sus beneficios primarios de salud. Si usted tiene una cobertura para jubilados bajo un plan de salud grupal, ya sea directamente o a través de su cónyuge, por lo general somos nosotros quienes le proporcionaremos sus beneficios primarios de salud. Se aplican reglas especiales en caso de que usted tenga o desarrolle una ESRD.

Planes de salud grupales de un patrono y de una organización de empleados para personas con discapacidad

Si usted tiene cobertura bajo un plan de salud grupal y tiene Medicare debido a que tiene una discapacidad, por lo general somos nosotros quienes le proporcionaremos sus beneficios primarios de salud. Esto sucede si:

- Usted tiene menos de 65 años, y
- Usted no tiene ESRD, y
- Usted no tiene cobertura directamente ni a través de su cónyuge bajo un plan de salud grupal grande.

Un plan de salud grupal grande es un plan de salud ofrecido por un patrono con 100 o más empleados, o por un patrono que forma parte de un plan de patronos múltiples donde cualquier patrono participante en el plan tiene 100 o más empleados. Si usted tiene cobertura bajo un plan de salud grupal grande, ya sea directamente o a través de su cónyuge, su plan de salud grupal grande debe proporcionarle los beneficios de salud antes de que nosotros le proporcionemos sus beneficios de salud. Esto sucede si:

- Usted no tiene ESRD, y
- Tiene menos de 65 años y tiene Medicare debido a una discapacidad.

En dichos casos, le proporcionaremos solo aquellos beneficios que no estén cubiertos por el plan grupal de su patrono grande. Se aplican reglas especiales en caso de que usted tenga o desarrolle una ESRD.

Planes de salud grupales de un patrono y de una organización de empleados para personas con Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)

Si usted es o pasa a ser elegible para Medicare debido a una ESRD y tiene cobertura bajo un plan de salud grupal de un patrono o de una organización de empleados, ya sea directamente o a través de su cónyuge, su plan de salud grupal es responsable de proporcionarle sus beneficios primarios de salud durante los primeros treinta (30) meses después de que usted sea elegible para Medicare debido a una ESRD. Nosotros le proporcionaremos cobertura secundaria durante este tiempo, y le proporcionaremos cobertura primaria después de ese período. Si usted ya

está en Medicare debido a su edad o a una discapacidad al momento de desarrollar la ESRD, nosotros le proporcionaremos cobertura primaria.

Programa de compensación laboral y similares

Si usted ha sufrido una enfermedad o lesión causada por el trabajo y cuenta con beneficios de compensación laboral, el programa de compensación laboral debe proporcionar primero sus beneficios por cualquier costo de cuidado de la salud relacionado con su enfermedad o lesión laboral antes de que nosotros proporcionemos cualquier beneficio bajo esta *Evidencia de cobertura* por servicios prestados en relación con su enfermedad o lesión laboral.

Accidentes y lesiones

Las reglas del Pagador secundario de Medicare se aplican si usted ha estado en un accidente o ha sufrido una lesión. Si usted tiene a su disposición los beneficios bajo la cobertura de "Med Pay", cobertura contra todo riesgo, de automóvil, de accidente o de responsabilidad, la aseguradora de la cobertura de "Med Pay", cobertura contra todo riesgo, de automóvil, de accidente o de responsabilidad debe proporcionar primero sus beneficios por cualquier costo de cuidado de la salud relacionado con el accidente o lesión antes de que nosotros proporcionemos cualquier beneficio por los servicios relacionados con su accidente o lesión.

Las reclamaciones de responsabilidad de seguro a menudo no son resueltas de inmediato. Podemos realizar pagos condicionales mientras la reclamación de responsabilidad está en trámite. También podemos recibir una reclamación y no saber que una reclamación de responsabilidad o de otro tipo está en trámite. En estas situaciones, nuestros pagos son condicionales. Los pagos condicionales nos deben ser reembolsados cuando reciba el pago del seguro o de responsabilidad.

Si usted recupera gastos médicos de un tercero, nosotros tenemos derecho a recuperar los pagos que hemos hecho sin tener en cuenta ninguna estipulación de acuerdo de liquidación. Las estipulaciones de que el acuerdo no incluye daño por gastos médicos no se tendrán en cuenta. Reconoceremos asignaciones de pagos de responsabilidad a pérdidas no médicas solo cuando el pago se base en una orden del tribunal sobre el fondo del caso. No buscaremos recuperar ninguna parte de una indemnización que se asigne apropiadamente por el tribunal como pago por pérdidas distintas a servicios médicos (por ejemplo, pérdidas de propiedad).

Donde proporcionemos beneficios en forma de servicios, debemos tener derecho a recibir reembolso sobre la base del valor razonable de los beneficios proporcionados.

No duplicación de beneficios

No duplicaremos ningún beneficio o pago que usted reciba bajo cualquier cobertura de automóvil, accidente, de responsabilidad u otra. Usted acepta informarnos cuando dicha cobertura esté disponible para usted, y es su responsabilidad tomar cualquier medida necesaria para recibir los beneficios o pagos bajo dicha cobertura de automóvil, accidente, de responsabilidad u otra. Podemos buscar reembolso de valor razonable de cualquier beneficio que hayamos proporcionado en caso de que hayamos duplicado los beneficios a los cuales usted tiene derecho bajo dicha cobertura. Usted tiene la obligación de cooperar con nosotros para obtener el pago de cualquier cobertura de automóvil, accidente o de responsabilidad o de otra aseguradora.

Si le proporcionamos beneficios antes que cualquier otro tipo de cobertura de salud que usted tenga, podemos buscar recuperar esos beneficios de acuerdo con las reglas del Pagador secundario de Medicare. Consulte también la sección **Aviso adicional sobre la subrogación (recuperación de terceros)** para obtener más información sobre nuestros derechos de recuperación.

Más información

Esto es solo un breve resumen. Si pagamos primero o segundo (o no pagamos) depende de los tipos de seguros adicionales que usted tenga y de las reglas de Medicare que se apliquen en su situación. Para obtener más información, consulte el folleto publicado por el gobierno, "*Medicare y otros beneficios de salud: su guía sobre quién paga primero*". Es CMS Pub. No. 02179. Asegúrese de consultar la versión más actualizada. Otros detalles se explican en las reglas del Pagador secundario de Medicare como, por ejemplo, la manera de determinar el número de personas empleadas por un patrono con fines de las reglas de coordinación de beneficios. Las reglas son publicadas en el *Código de reglamentos federales*.

Derechos de apelación

Si usted no está de acuerdo con cualquier decisión o acción tomada por nuestro plan relacionada con las reglas de coordinación de beneficios y de pago descritas anteriormente, debe seguir los procedimientos explicados en el Capítulo 9 *Qué hacer si tiene un problema o una queja* (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*) de esta *Evidencia de cobertura*.

CAPÍTULO 12:
Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Afiliado (Afiliado de nuestro plan o "Afiliado del plan"): persona que cuenta con Medicare y que es elegible para recibir los servicios cubiertos, cuya inscripción en nuestro plan está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Angiografía por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés): método no invasivo y forma de imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) que puede medir el flujo de sangre por los vasos sanguíneos.

Apelación: una apelación es lo que puede hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura para servicios de cuidado de la salud 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 interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede utilizar, generalmente es también el área donde puede obtener servicios rutinarios (que no sean de emergencia). Si usted se muda en forma permanente fuera del área de servicio, el plan puede desafiliarle.

Asistente de cuidado de la salud en el hogar: una persona que proporciona servicios que no necesitan de la experiencia de un profesional en enfermería autorizado o un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Autorización previa: aprobación anticipada para recibir servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Ayuda adicional: un programa de Medicare o del estado para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos para el programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coseguro.

Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés): si su ingreso bruto ajustado modificado según lo reportó en su declaración de impuestos al IRS hace 2 años sobrepasa una cierta cantidad, usted pagará la cantidad de prima estándar más una Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos, IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se añade a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no paga una prima superior.

Cantidad máxima de desembolso personal: la cantidad máxima que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos de las Partes A y B dentro de la red. Las cantidades que usted paga por las primas de las Partes A y B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de desembolso personal. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2, para obtener información sobre su cantidad máxima de desembolso personal.

Cantidad permitida: la cantidad máxima que un plan pagará por un beneficio de cuidado de la salud.

Cargo límite de Medicare: en el plan Medicare original, la cantidad máxima de dinero que un médico u otro proveedor de cuidado de la salud que no acepte asignaciones puede cobrarle por un servicio cubierto. El cargo límite es del 15 por ciento por encima de la cantidad aprobada por Medicare. El cargo límite solo se aplica a ciertos servicios y no se aplica a suministros ni equipo.

Cargo permitido por Medicare: la cantidad máxima de dinero que se puede cobrar por un servicio médico en particular cubierto por Medicare; es una cantidad que decide Medicare.

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el fin de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro no se espera que exceda las 24 horas.

Centro de cuidado de urgencia: un centro de salud autorizado donde médicos y profesionales de enfermería proveen servicios para identificar y tratar una lesión o enfermedad repentina, sin estadía durante la noche.

Centro de diálisis independiente: un centro de salud autorizado, distinto a un hospital, que provee tratamiento de diálisis sin estadía nocturna.

Centro de radiología (imágenes) independiente: un centro de salud autorizado, distinto a un hospital, que proporciona uno o más de los siguientes servicios para prevenir, identificar o tratar una lesión o enfermedad, sin estadía nocturna: Radiografías; medicina nuclear; radioterapia oncológica (incluidas MRI, escaneos de CT y escaneos de PET).

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés): centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, entre los que se incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés): agencia federal que administra a Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo contactar a los CMS.

Cobertura para medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a los pacientes ambulatorios a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no estén cubiertos por las Partes A o B de Medicare.

Cobertura válida para medicamentos recetados: cobertura para medicamentos recetados (por ejemplo, de un patrono o sindicato) que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de Medicare para medicamentos recetados. Las personas que tienen esta cobertura cuando son elegibles para Medicare, generalmente pueden conservarla sin tener que pagar una multa, si más tarde deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Copago: la cantidad que usted posiblemente deba pagar como la parte del costo que le corresponde por servicios o suministros médicos, como por ejemplo una consulta médica, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. El copago es una cantidad fija (por ejemplo $10), en vez de un porcentaje.

Coseguro: la cantidad que usted posiblemente deba pagar, expresada como un porcentaje (por ejemplo 20%), como la parte del costo que le corresponde por servicios o medicamentos recetados.

Costos compartidos: costos compartidos hace referencia a las cantidades que debe pagar el afiliado por los servicios o medicamentos recibidos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad deducible que un plan puede imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad de "copago" fija que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de "coseguro", un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento que requiere un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Costos compartidos estándares: los costos compartidos estándares son costos compartidos que no sean costos compartidos preferidos ofrecidos en una farmacia de la red.

Costos compartidos preferidos: Costos compartidos preferidos se definen como costos compartidos inferiores para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en ciertas farmacias de la red.

Cuidado de hospicio: cuidado especializado para personas con enfermedades terminales, centrado en la comodidad y no en la cura. Esto también incluye asesoramiento para las familias de los pacientes. Según la situación, este tipo de cuidado puede ser en el hogar, un hospicio, un hospital o un hogar de ancianos, y lo brinda un equipo de profesionales de la salud certificados.

Cuidado de hospitalización: cuidado de la salud que alguien recibe al ser admitido en un hospital.

Cuidado de la salud en el hogar: cuidado de enfermería especializada y determinados otros servicios de cuidado de la salud que se proporcionan a un paciente en su propio hogar para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos se indican en el Capítulo 4 bajo el título "Cuidado de una agencia de cuidado de la salud en el hogar". Si usted necesita servicios de cuidado de la salud en el hogar, nuestro plan se encargará de cubrir estos servicios para usted, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura de Medicare. El cuidado de la salud en el hogar puede incluir servicios de un asistente de cuidado de la salud en el hogar si los servicios forman parte del plan de cuidado de la salud en el hogar para su lesión o enfermedad. No estarán cubiertos a menos que usted también esté recibiendo un servicio especializado cubierto. El cuidado de la salud en el hogar no incluye el servicio de ama de llaves, coordinación de servicios de alimentación ni enfermería de tiempo completo en el hogar.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): cuidado de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se ofrecen de manera continua y a diario en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidado incluyen la terapia física o las inyecciones intravenosas que solamente pueden ser brindadas por un profesional de enfermería registrado o por un médico.

Cuidado médico en casos de emergencia: servicios cubiertos 1) brindados por un proveedor acreditado para proporcionar servicios en casos de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Cuidado personal no médico: el cuidado personal no médico es cuidado personal proporcionado en un hogar de ancianos, hospicio u otro centro cuando no necesita cuidado médico especializado o cuidado de enfermería especializada. El cuidado personal no médico, proporcionado por personas sin experiencia o capacitación profesional, incluye ayuda para las actividades cotidianas como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse de la cama o una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como colocarse las gotas en los ojos. Medicare no paga por este tipo de cuidado personal no médico.

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por el cuidado de la salud o los medicamentos recetados antes de que nuestro plan pague.

Desafiliarse o **Desafiliación:** el proceso para terminar su afiliación con nuestro plan.

Determinación de cobertura: decisión sobre si un medicamento recetado está cubierto por el plan y la cantidad, si la hubiera, que usted debe pagar por el medicamento. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, esto no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir al plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se conocen como "decisiones de cobertura".

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan con respecto a si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se conocen como "decisiones de cobertura". En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud, considera que usted presenta síntomas médicos que requieren cuidado médico inmediato para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad, o la pérdida o la generación de una disfunción grave en una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o afección médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés): determinado equipo médico solicitado por el médico por razones médicas. Entre los ejemplos se incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Escaneo de tomografía axial computarizada (CT/CAT, por sus siglas en inglés): combina el uso de una computadora digital con un dispositivo rotativo de radiografía para generar imágenes detalladas de cortes transversales de distintos órganos y partes del cuerpo.

Escaneo de tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés): técnica de diagnóstico médico por imágenes que supone la inyección de un isótopo al paciente y el uso de un explorador PET para detectar la radiación emitida.

Etapa de cobertura catastrófica: etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un pequeño copago o coseguro por los medicamentos después de que usted u otras personas elegibles en su nombre hayan gastado **$7,400** en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa antes de que sus gastos de desembolso personal en el año hayan alcanzado **$4,660**.

Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) e Información de divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, cláusulas o cobertura opcional seleccionada, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como afiliado de nuestro plan.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento no incluido en nuestro formulario (excepción al formulario), o recibir un medicamento no preferido en un nivel inferior de costos compartidos (excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (excepción al formulario).

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente una cantidad mayor a los costos compartidos permitidos del plan. Como afiliado de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP), usted solo debe pagar las cantidades de costos compartidos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le envíen una "factura del saldo" o le cobren más de la cantidad de costos compartidos que su plan dice que usted debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la cual los afiliados de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados se cubren solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia de pedido por correo: una farmacia que surte y envía medicamentos recetados por correo al hogar del afiliado.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Formulario: un documento que enumera todos los medicamentos recetados que cubre un plan.

Gastos de desembolso personal: consulte la definición de "costos compartidos" mencionada anteriormente. El requisito de costos compartidos del afiliado de pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costos "de desembolso personal" del afiliado.

Guía de medicamentos recetados (Formulario): lista de medicamentos cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos genéricos como medicamentos de marca.

Hospicio: Un beneficio que proporciona tratamiento especial para un afiliado que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proveerle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas aún es un afiliado de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios que sean necesarios por razones médicas, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Hospitalización de paciente internado: una hospitalización cuando haya sido formalmente admitido en el hospital para recibir servicios médicos profesionales. Incluso si es internado en el hospital por una noche, usted podría ser considerado "ambulatorio".

Imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés): método de modalidad de diagnóstico por imágenes que utiliza un campo magnético y análisis computarizado de señales de radiofrecuencia inducidas para producir imágenes del tejido corporal de manera no invasiva.

Indicación aceptada por razones médicas: el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinados libros de referencia.

Ingreso suplementario de seguridad (SSI, por sus siglas en inglés): beneficio mensual pagado por el Seguro Social para personas discapacitadas, ciegas o de 65 años de edad o más con ingresos y recursos limitados. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Laboratorio independiente: un centro de salud autorizado, distinto a un hospital, que proporciona análisis de laboratorio para prevenir, identificar o tratar una lesión o enfermedad, sin estadía nocturna.

Límite de cobertura inicial: límite máximo de cobertura dentro de la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: herramienta de control diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden aplicarse a la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o durante un período determinado.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Guía de medicamentos"): lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Mamografía de detección: un procedimiento de radiografía especializado para descubrir de manera temprana si una paciente tiene cáncer de mama.

Mamografía de diagnóstico: examen radiológico especializado que se realiza a una paciente que muestra signos o síntomas de enfermedad de mama.

Medicaid (o Asistencia médica): programa conjunto federal y estatal que provee ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid estatales varían, pero la mayoría de los costos del cuidado de la salud estarán cubiertos si es elegible para Medicare y Medicaid.

Medicamento de marca: medicamento recetado que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, otros fabricantes de medicamentos producen y comercializan los medicamentos genéricos y en general no se encuentran disponibles hasta que se vence la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: medicamento recetado que es aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) en base de tener el(los) mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento "genérico" funciona de la misma manera que un medicamento de marca y con frecuencia tiene un costo menor.

Medicamentos cubiertos: término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido determinadas categorías de medicamentos como medicamentos cubiertos de la Parte D. Todos los planes deben cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicare: programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen Enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, las personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón).

Medicare original ("Medicare tradicional" o Medicare "Cargo por servicio"): Medicare original es ofrecido por el gobierno, y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Medicare original, los servicios de Medicare están cubiertos por medio del pago de cantidades determinadas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte del costo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la parte del costo que a usted le corresponde. Medicare original tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico); se encuentra disponible en todo el territorio de los Estados Unidos.

Medicina nuclear: radiología que introduce radioisótopos (compuestos que contienen formas radioactivas de átomos) en el cuerpo con el objeto de diagnosticar con imágenes, evaluar la función del órgano o ubicar la enfermedad o tumores.

Multa por afiliación tardía de la Parte D: cantidad que se añade a la prima mensual de la cobertura para medicamentos de Medicare, si permanece sin cobertura válida (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura para medicamentos recetados estándar 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.

Necesario por razones médicas: los 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.

Nivel de costos compartidos: cada medicamento en la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, más alto será el costo de su medicamento.

Nuestro plan: el plan en el que está inscrito, CareBreeze Platinum (HMO C-SNP).

Organización Medicare Advantage: una compañía privada que administra planes Medicare Advantage para ofrecer a los afiliados más opciones y, a veces, beneficios adicionales. Los planes Medicare Advantage también se llaman "Parte C". Proveen toda su cobertura de la Parte A (hospitalaria) y la Parte B (médica), y algunos también pueden proporcionar cobertura de la Parte D (medicamentos recetados).

Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés): tipo de plan de seguro de salud en el que los afiliados deben recibir cuidado de la red de médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud.

Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés): un grupo de médicos especializados y otros expertos en el cuidado de la salud pagado por el gobierno federal, que se encarga de controlar y mejorar el cuidado médico que reciben los pacientes de Medicare.

Parte C: consulte "Plan Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés)".

Parte D: programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Período anual de inscripción: el período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año, durante el cual los afiliados pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o cambiar a Medicare original.

Período de beneficio: la forma en que nuestro plan y Medicare original miden su uso de los servicios de hospital y de centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Un período de beneficio comienza el día que usted es admitido en el hospital o en el centro de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando usted no ha recibido cuidado de hospitalización (o cuidado especializado en un centro de enfermería especializada) por 60 días consecutivos. Si se le ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de que se haya terminado un período de beneficio, comenzará uno nuevo. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficio.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: El período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo, durante el cual los afiliados en un Plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare original. Si elige cambiar a Medicare original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período de tiempo en que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de siete meses que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65, incluye el mes en que cumple 65, y termina tres meses después del mes en que cumple 65.

Período especial de inscripción: el momento establecido en que los afiliados pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar a Medicare original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período especial de inscripción incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe "Ayuda adicional" con sus costos de medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de Plan Medicare Advantage que proporciona cuidado de la salud más enfocado a grupos de personas específicos, por ejemplo, quienes tienen Medicare y Medicaid, quienes residen en un hogar de ancianos o quienes tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proveerles a las personas con Medicare inscritas en el plan los beneficios de las Partes A y B. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de costo de Medicare, los Planes de necesidades especiales, los Programas piloto o de demostración y los Programas de cuidado médico integral para personas de la tercera edad (PACE, por sus siglas en inglés).

Plan Medicare Advantage (MA): también llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una empresa privada que realiza un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser una i) HMO, ii) una PPO, iii) un plan Privado de cargo por servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) o iv) un plan de Cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA, por sus siglas en inglés). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura para medicamentos recetados). Estos planes se conocen como **Planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados**.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de cuidado médico integral para personas de la tercera edad) combina servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo para personas frágiles a fin de ayudarlas a mantenerse de manera independiente y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) mientras les sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza "Medigap" (Seguro suplementario a Medicare): seguro suplementario a Medicare vendido por compañías aseguradoras privadas para cubrir las "brechas" de Medicare original. Las pólizas Medigap solamente funcionan con Medicare original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de cuidado de la salud para la cobertura de salud o para medicamentos recetados.

Procedimiento de diagnóstico: un examen para identificar las fortalezas y las debilidades de un paciente en un área específica, con el fin de obtener más información sobre su afección o enfermedad.

Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura: programa que proporciona descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D a los afiliados de la Parte D que han alcanzado el Período sin cobertura y que aún no reciben "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos.

Prótesis y ortopedia: los dispositivos médicos incluyen, entre otros: cabestrillos, corsés y collarines; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, como suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés): el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud, usted debe consultar primero a su proveedor de cuidado primario.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general para denominar a médicos, otros profesionales del cuidado de la salud, hospitales y demás centros de cuidado de la salud que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proveer servicios de cuidado de la salud. Los "**proveedores de la red**" tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, coordinar, así como también proporcionar, servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. También se les puede denominar "proveedores del plan".

Proveedor del plan: consulte "Proveedor de la red".

Proveedor fuera de la red o centro médico fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni proporcionar servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen y no operan con nuestro plan.

Queja: el nombre formal para "realizar una queja" es "presentar una queja formal". El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos del proceso de apelación.

Queja formal: tipo de queja que realiza sobre nuestro plan, nuestros proveedores o nuestras farmacias, incluida una queja relacionada con la calidad de su cuidado médico. Esto no incluye conflictos con pagos o coberturas.

Radiología: radiografías y otros procedimientos especializados que utilizan radiación de alta energía para identificar y tratar enfermedades.

Red: consulte "Farmacia de la red" o "Proveedor de la red"

Servicios cubiertos: término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de cuidado de la salud cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios para la vista, dentales o para la audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de imágenes avanzadas: método de diagnóstico por imágenes especializado que toma imágenes más detalladas que las radiografías estándar. Existen varios tipos de servicios de imágenes, entre ellos, la tomografía axial computarizada (CT/CAT, por sus siglas en inglés), la angiografía por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), las imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) y el escaneo de tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés) u otra tecnología similar.

Servicios de observación: servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para ayudar al médico a decidir si un paciente debe ser admitido como paciente internado, o si puede ser dado de alta. Los servicios de observación se pueden brindar en el departamento de emergencia o en otra área del hospital. Incluso si pasa una noche en una cama de hospital regular, podría ser considerado paciente ambulatorio.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios para afiliados: un departamento incluido en nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre inscripciones, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Servicios que se necesitan con urgencia: servicios cubiertos que no son servicios en casos de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, cuando necesita cuidado inmediato durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y necesarios por razones médicas.

Subsidio por ingresos limitados (LIS, por sus siglas en inglés): consulte "Ayuda adicional".

Tarifa contratada: la tarifa que el plan de salud paga a un médico, proveedor o farmacia de la red por servicios o medicamentos recetados cubiertos.

Tarifa de despacho: una tarifa que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir el medicamento recetado. La tarifa de despacho cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar el medicamento recetado.

Tarifa diaria de costos compartidos: una "tarifa diaria de costos compartidos" se puede aplicar cuando el médico le receta menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Una tarifa diaria de costos compartidos es el copago dividido por el número de días en el suministro de un mes. Este es un ejemplo: si su copago para un suministro de medicamento para un mes es de $30 y un suministro de un mes en su plan es de 30 días, su "tarifa diaria de costos compartidos" es de $1 por día.

Terapia por fases: una herramienta de usos que requiere que usted pruebe primero otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

Anexo A – Información de contacto de las agencias estatales

Esta sección provee la información de contacto de las agencias estatales a las que se hace referencia en el Capítulo 2 y en otras secciones de esta Evidencia de cobertura. Si tiene problemas para localizar la información que busca, contacte a Servicios para afiliados al número de teléfono en la contraportada de este manual.

Florida	
Nombre del programa SHIP e información de contacto	Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee,FL 32399-7000 1-800-963-5337 (llamada gratuita) 1-800-955-8770 (TTY) 1-850-414-2150 (fax) 1-800-963-5337 http://www.floridaSHINE.org
Organización para el mejoramiento de la calidad	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa,FL 33609 1-888-317-0751 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Florida Medicaid 2727 Mahan Drive Tallahassee,FL 32308-5407 1-888-419-3456 (llamada gratuita) 1-850-412-4000 (local) 1-850-922-2993 (fax) https://ahca.myflorida.com/Medicaid/index.shtml
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA	Florida AIDS Drug Assistance Program (ADAP) HIV/AIDS Section 4052 Bald Cypress Way Tallahassee,FL 32399 1-850-245-4422 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) (español) 1-800-2437-101 (1-800-AIDS-101) (Kreyòl Ayisyen) 1-888-503-7118 (TTY) http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html

CarePlus HEALTH PLANS

2023 Covered Durable Medical Equipment Items and Brands

Artículos y Marcas de Equipo Médico Duradero Cubiertos para el 2023

Durable Medical Equipment (DME) is certain medical equipment ordered by your doctor for medical reasons. Generally, CarePlus covers any DME that is covered by Original Medicare. The list below tells you which brands and manufacturers of DME are covered under our benefit plans. We have rules around which brands/manufacturers we will cover. These rules are explained in your plan's "Evidence of Coverage" book (look under "Durable medical equipment (DME) and related supplies" in the Chapter 4 Medical Benefits Chart). Brands or manufacturers of DME not listed below may not be covered. Please talk to your doctor about choosing a brand that is appropriate for your medical needs.

El Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés) es cierto equipo clínico indicado por su médico por razones médicas. Por lo general, CarePlus cubre cualquier equipo médico duradero que está cubierto por Medicare Original. La lista a continuación le indica las marcas y fabricantes de equipo médico duradero que están cubiertos bajo nuestros planes de beneficios. Tenemos reglas sobre las marcas/fabricantes que cubriremos. Estas reglas están explicadas en el libro "Evidencia de Cobertura" de su plan (busque bajo "Equipo médico duradero y suministros relacionados" en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4). Es posible que las marcas o fabricantes de equipo médico duradero que no aparecen en la lista a continuación no estén cubiertos. Por favor hable con su médico sobre la elección de una marca que sea apropiada para sus necesidades de salud.

Description/*Descripción*	Manufacturer/*Fabricante*
BiPap-CPAP-Tracheostomy Equipment and Supplies ***Equipo y suministros de BiPap, CPAP y traqueotomía***	ResMed[1] ResVent[1] Drive Medical[2] Halyard Health[2] Medline Industries, Inc.[2] Medtronics[2] Mckesson[2] Resmed, Inc.[3] Respironics, Inc.[3]
Catheter Supplies and Drainage Kits ***Suministros para catéteres y dispositivos de drenaje***	Coloplast[2] Medline[3]
Commodes ***Inodoros portátiles (Commodes)***	Drive Medical[3] Medline[3]
Feeding Tubes and Nutritional Supplies ***Tubos de alimentación y suministros nutricionales***	Kimberly Clark Brand (Mic-Keys Model)[1] Abbott Nutrition- Ross[2] Amsino[2] Avanos[2] Mckesson[2]

Description/*Descripción*	Manufacturer/*Fabricante*
Hospital Beds - Mattresses and Supplies - Patient Lifts ***Camas de hospital - Colchones y suministros - Elevadores de pacientes***	Lifestyle Mobility Aids[1] Medline Industries, Inc.[1] Tuffcare[1] Drive Medical[3]
Laryngectomy Supplies ***Suministros de laringectomía***	Independence Medical[1] Mckesson[2] Medline[2] Medtronic[2]
Lymphedema Pumps and Supplies ***Bombas y suministros para linfedema***	Devon Medical - CircuFlow[1] ArjoHuntleigh Heathcare, LLC[2] Huntlieh Medical[2]
Mobility Assistive Devices **Canes - Crutches - Walkers - Wheelchairs - Wheelchair Accessories - Power Operated Vehicles** ***Dispositivos para ayudar con la movilidad*** ***Bastones - Muletas - Caminadores - Sillas de ruedas - Accesorios para sillas de ruedas - Vehículos motorizados***	Lifestyle Mobility Aids[1] Medline Industries, Inc.[1] Pride[1] Tuffcare[1] Drive Medical[3]
Orthopedic Supplies **Continuous Passive Motion Units and Supplies - Traction - Bone Growth Stimulators** ***Suministros ortopédicos*** ***Unidades y suministros de movimiento pasivo continuo - Tracción - Estimuladores del crecimiento óseo***	CMF OL1000[1] CMF SpinaLogic[1] Kinetec Brand (Spectra Model)[1] Drive Medical[2] Kinetec USA[2] Orthofix[2] Patterson Medical[2]
Respiratory/Oxygen Equipment and Supplies ***Equipo de oxígeno/respiratorio y suministros***	Caire[1] Dade Medical[1] Fisher & Paykel[1] Independence Medical[1] Medline[1] O2 sales[1] Resmed[1] Sunset HealthCare Solutions[1] Airgas[3] Drive Medical[3] Respironics Inc[3] **Portable oxygen concentrators** ***Concentradores de oxígeno portátiles*:** Freestyle Comfort[1] Inogen G4[1] Inogen G5[1] Sequal Eclipse[1] Drive Medical Igo[2] Respironics SimplyGo[1,3]

Description/*Descripción*	Manufacturer/*Fabricante*
Sitz Bath Supplies ***Suministros para baño terapéutico***	Medline[1] Drive Medical[3]
Suction Machine Supplies ***Suministros para máquinas de succión***	Independence Medical[1] Medline Industries, Inc.[1] Sunset Healthcare Solutions[1] Mckesson[2] Drive Medical[3]
Tens Units and Supplies ***Unidades de estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (tens units) y suministros***	Medline[1] Drive Medical[3]

[1] Available through onehome only (*Disponible solamente a través de onehome)*

[2] Available through Integrated Home Care Services only (*Disponible solamente a través de Integrated Home Care Services)*

[3] Available through onehome and Integrated Home Care Services (*Disponible a través de onehome e Integrated Home Care Services)*

Important: At CarePlus, it is important you are treated fairly. CarePlus Health Plans, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, ethnicity, sex, sexual orientation, gender, gender identity, disability, age, marital status, religion, or language in their programs and activities, including in admission or access to, or treatment or employment in, their programs and activities. The following department has been designated to handle inquiries regarding CarePlus' non-discrimination policies: Member Services, PO Box 277810, Miramar, FL 33027, 1-800-794-5907 (TTY: 711). Auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. 1-800-794-5907 (TTY: 711). CarePlus provides free auxiliary aids and services, such as qualified sign language interpreters, video remote interpretation, and written information in other formats to people with disabilities when such auxiliary aids and services are necessary to ensure an equal opportunity to participate. This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number at 1-800-794-5907. Hours of operation: October 1 - March 31, 7 days a week, 8 a.m. to 8 p.m. April 1 - September 30, Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m. You may leave a voicemail after hours, Saturdays, Sundays, and holidays and we will return your call within one business day. Español (Spanish): Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Favor de llamar a Servicios para Afiliados al número que aparece anteriormente. Kreyòl Ayisyen (French Creole): Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang. Tanpri rele nimewo Sèvis pou Manm nou yo ki nan lis anwo an.

Importante: En CarePlus, es importante que usted reciba un trato justo. CarePlus Health Plans, Inc. cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, etnia, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, discapacidad, edad, estado civil, religión o idioma en sus programas y actividades, incluyendo admisión o acceso, o tratamiento y empleo en los mismos. El siguiente departamento ha sido asignado para manejar las consultas acerca de las políticas de no discriminación de CarePlus: Servicios para Afiliados, PO Box 277810, Miramar, FL 33027, 1-800-794-5907 (TTY: 711). Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares sin costo. 1-800-794-5907 (TTY: 711). CarePlus proporciona recursos y servicios auxiliares sin costo, como intérpretes de señas calificados, interpretación remota en video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando los mismos sean necesarios para asegurar la igualdad de oportunidades de participación. Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Llame a nuestro número de Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907. Horario de atención: 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. English: This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number listed above. Kreyòl Ayisyen (French Creole): Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang. Tanpri rele nimewo Sèvis pou Manm nou yo ki nan lis anwo an.

CarePlus
HEALTH PLANS

¡IMPORTANTE!

En CarePlus, es importante que usted reciba un trato justo.

CarePlus Health Plans, Inc. no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión o idioma. La discriminación es contra la ley. CarePlus cumple con las leyes aplicables de derechos civiles federales. Si usted cree que CarePlus le ha discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:
  CarePlus Health Plans, Inc. Atención: Departamento de quejas formales y apelaciones.
  PO Box 277810, Miramar, FL 33027.
  Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.
  También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**, por medios electrónicos a través del portal de quejas disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo postal o por teléfono a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.
- Los formularios de quejas están disponibles en **https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 1-800-794-5907 (TTY: 711)

CarePlus provee recursos y servicios auxiliares gratuitos tales como intérpretes acreditados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

CarePlus
HEALTH PLANS

Encarte multilingüe

Servicios de intérprete en múltiples idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-794-5907 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-794-5907 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-794-5907 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-794-5907 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-794-5907 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-794-5907 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고있습니다 . 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-794-5907 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오 . 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다 . 이 서비스는 무료로 운영됩니다 .

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-794-5907 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (برقياً: 711) 1-800-794-5907. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه هي خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-794-5907 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिंदी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-794-5907 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-794-5907 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-794-5907 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-794-5907 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-800-794-5907 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

CP REV 7.14.22

Notas

Notas

Servicios para afiliados de CareBreeze Platinum (HMO C-SNP)

Método	Servicios para afiliados – Información de contacto
LLAME	1-800-794-5907 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario normal, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil. Además, el departamento de Servicios para afiliados también ofrece servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es igual al de arriba.
FAX	1-800-956-4288
ESCRIBA A	CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Member Services Department P.O. BOX #277810 Miramar, FL 33027
SITIO WEB	**www.careplushealthplans.com/contact-careplus**

Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico
El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindarles asesoramiento gratis y a nivel local sobre el seguro médico a las personas que tienen Medicare.

La información de contacto del Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) se puede encontrar en el "Anexo A" en este documento.

Declaración de divulgación según la PRA *Según la Ley de Reducción de Trámites (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de recopilación de información a menos que esta tenga un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencias para mejorar este formulario, diríjase por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

CarePlus Health Plans, Inc.
P.O. Box 14098
Lexington, KY 40512-4098

INFORMACIÓN IMPORTANTE

H1019123000EOCSP23

CarePlus HEALTH PLANS

CarePlusHealthPlans.com