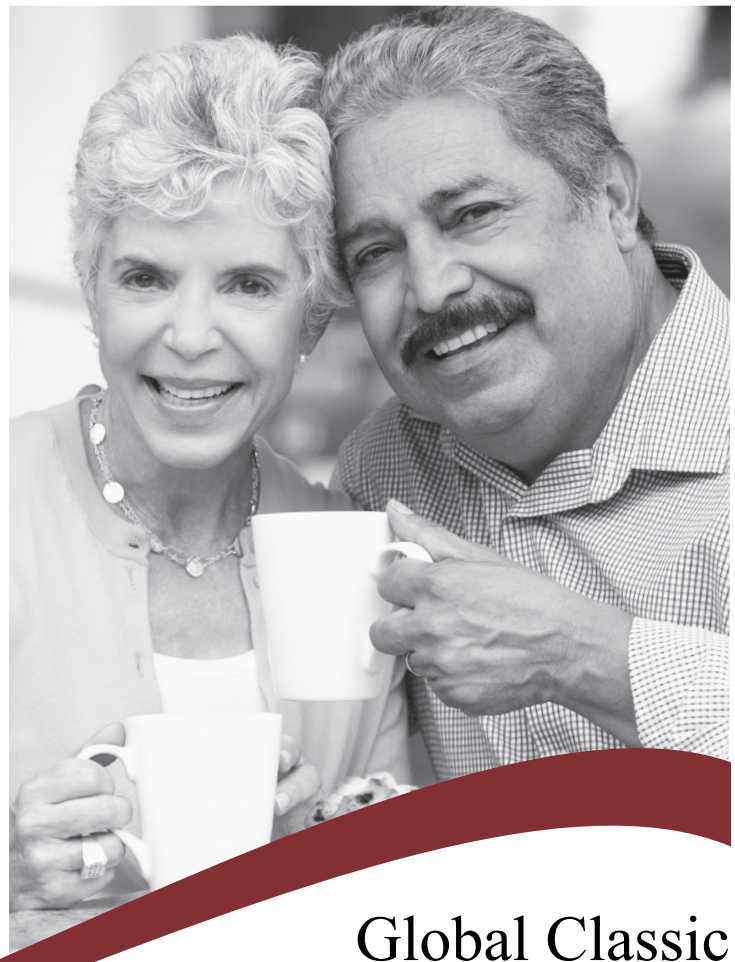
GlobalHealth



Evidencia de Cobertura

1 de enero al 31 de diciembre de 2022

Global Classic (HMO)

GlobalHealth es un plan HMO/HMO C-SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en GlobalHealth depende de la renovación del contrato.

1-844-200-8167 (línea gratis)
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)
www.GlobalHealth.com

H6062_001_CLASSICEOCSP_2022_C

1 de enero al 31 de diciembre de 2022

Evidencia de Cobertura:

Sus Beneficios y servicios de salud y Cobertura de medicamentos recetados de Medicare como Miembro de Global Classic (HMO)

Este folleto le ofrece detalles acerca de su cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados de Medicare a contar del 1 de enero y hasta el 31 de diciembre de 2022. Describe los pasos que se deben seguir para obtener la cobertura de atención médica y medicamentos recetados que necesita. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Este plan, Global Classic (HMO), es ofrecido por GlobalHealth of Texas, Inc. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* se mencionan las palabras "nosotros", "nos" o "nuestro", se refieren a GlobalHealth of Texas, Inc.. Cuando se mencionan las palabras "el plan" o "nuestro plan", se refieren a Global Classic (HMO).)

Para obtener información adicional, sírvase llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-200-8167 (línea gratis). (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son 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).

Esta información también está disponible en español y en letra grande.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

H6062_001_CLASSICEOCSP_2022_C Archivo y uso 10/6/2021

Aprobación OMB 0938-1051 (Expira: 29 de febrero de 2024)

2022 Evidencia de Cobertura

Tabla de Contenidos

Esta lista de capítulos y números de página es solo el punto de partida. Para recibir más ayuda con la búsqueda de información, consulte la primera página de un capítulo. **Encontrará una lista detallada de los temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Inicio como miembro 4

Se explica qué significa tener un plan de salud de Medicare y cómo usar este cuadernillo. Ofrece información sobre los materiales que le enviaremos, su prima del plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener su registro de membresía actualizado.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes 23

Le indica cómo comunicarse con nuestro plan (Global Classic (HMO)) y con otras organizaciones, que incluyen Medicare, el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP), la Organización de Mejoramiento de Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el Programa Estatal de Seguro Médico para Personas con Bajos Ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de Retiro Ferroviario.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos 41

Se explican conceptos importantes que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas, se incluye cómo acceder a los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar) 58

Incluye información detallada sobre los tipos de atención médica cubiertos y *no* cubiertos que usted obtiene como miembro de nuestro plan. Indica el monto que abonará como su parte del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Utilización de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 110

Explica las reglas que debe respetar al obtener sus medicamentos de la Parte D. Indica cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para saber qué medicamentos están cubiertos. Indica qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Informa sobre la variedad de restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos. Especifica dónde puede adquirir sus medicamentos recetados. Contiene información sobre los programas del plan sobre seguridad y utilización de medicamentos.

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D 137

Ofrece información sobre las tres etapas de cobertura de medicamentos (Etapa de Cobertura Inicial, Etapa de Brecha en Cobertura, Etapa de Cobertura Catastrófica) y sobre cómo estas etapas influyen en la suma que usted debe pagar por sus medicamentos. Se explican las cinco categorías de costo compartido de sus medicamentos de la Parte D y se le indica lo que debe pagar por un medicamento determinado en cada categoría de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos 157

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 166

Especifica los derechos y las responsabilidades que usted tiene como miembro de nuestro plan. Le explica qué puede hacer si considera que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 183

Le indica paso a paso qué hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo pedir decisiones de cobertura y realizar apelaciones si tiene problemas para obtener atención médica o medicamentos recetados que, según su entender, están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a las reglas o a las restricciones adicionales de su cobertura para medicamentos recetados y pedirnos que cubramos la atención en hospital y determinados tipos de servicios médicos si piensa que su cobertura finalizará demasiado pronto.
- Se explica cómo presentar quejas relacionadas con la calidad de la atención, tiempos de espera, atención al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan 243

Detalla cuándo y cómo puede cancelar su membresía al plan. Explica las situaciones en las que nuestro plan debe cancelar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 253

Se incluyen avisos sobre las leyes vigentes y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes 258

Se definen los términos clave utilizados en este cuadernillo.

CAPÍTULO 1

Inicio como miembro

Capítulo 1. Inicio como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 7
Sección 1.1 Usted está inscrito en Global Classic (HMO), que es un HMO de Medicare 7
Sección 1.2 ¿Qué información incluye el cuadernillo de *Evidencia de Cobertura?* 7
Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura* 7

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan? 8
Sección 2.1 Requisitos que debe reunir 8
Sección 2.2 ¿Qué es Medicare Parte A y Medicare Parte B? 8
Sección 2.3 Este es el área de cobertura de servicios del plan Global Classic (HMO) 9
Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o residencia legal en los EE. UU. 9

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros? 9
Sección 3.1 Su tarjeta de identificación de membresía al plan: se utiliza para recibir todos los servicios de atención y los medicamentos recetados cubiertos 9
Sección 3.2 El *Directorio de proveedores*: Su guía de todos los proveedores de la red del plan 10
Sección 3.3 El *Directorio de farmacias*: Su guía de farmacias en nuestra red 11
Sección 3.4 La Lista de medicamentos cubiertos *(Formulario)* del plan 11
Sección 3.5 La *Descripción de beneficios de la Parte D* (la "EOB de la Parte D"): Informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D 12

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Global Classic (HMO) 12
Sección 4.1 ¿Cuánto es su prima del plan? 12

SECCIÓN 5 ¿Usted debe pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D? 13
Sección 5.1 ¿Qué es una "multa por inscripción tardía" de la Parte D? 13
Sección 5.2 ¿Cuánto es el monto de la penalidad por inscripción tardía de la Parte D? 14
Sección 5.3 En algunas situaciones, usted puede suscribirse tardíamente y no pagar la penalidad 15
Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D? 15

SECCIÓN 6 ¿Usted debe pagar una suma adicional de la Parte D debido a sus ingresos? ... 16
Sección 6.1 ¿Quién paga una suma adicional de la Parte D debido a los ingresos? ... 16
Sección 6.2 ¿Cuánto es una suma adicional de la Parte D? ... 16
Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con el pago de una suma adicional de la Parte D? ... 16
Sección 6.4 ¿Qué sucede si usted no paga la suma adicional de la Parte D? ... 17

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual ... 17
Sección 7.1 Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, puede hacerlo de varias maneras ... 18
Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima de plan mensual durante el año? ... 19

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía al plan ... 19
Sección 8.1 Cómo puede ayudar a garantizar que la información que tenemos acerca de usted es correcta ... 19

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información médica personal ... 20
Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida ... 20

SECCIÓN 10 Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan ... 21
Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene un plan médico adicional? ... 21

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Global Classic (HMO), que es un HMO de Medicare

Usted tiene cobertura de Medicare y ha optado por obtener cobertura por atención médica y medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Global Classic (HMO).

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Global Classic (HMO) es un Plan de Medicare Advantage HMO ("HMO" significa Health Maintenance Organization; es decir, Organización para el mantenimiento de la salud) que está aprobado por Medicare y dirigido por una empresa privada.

La cobertura conforme a este Plan califica como una Cobertura médica calificada (QHC) y cumple con el requerimiento de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿Qué información incluye el cuadernillo de *Evidencia de Cobertura*?

En este cuadernillo de *Evidencia de Cobertura* se describe la forma en que usted puede obtener cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan. En este cuadernillo, se definen sus derechos y responsabilidades, la cobertura y la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan.

Los términos "cobertura" y "servicios cubiertos" se refieren a la atención médica y los medicamentos recetados que se le ofrecen a usted como miembro de Global Classic (HMO).

Es importante que se informe sobre las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le sugerimos que se tome un momento para familiarizarse con este cuadernillo de *Evidencia de Cobertura*.

Si la información le resulta confusa, algo le preocupa o si solo desea hacer una pregunta, comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo Global Classic (HMO) le brinda cobertura para su atención. Las demás partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y los avisos que usted recibe de nosotros acerca de cambios a su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos a veces se llaman "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

El contrato entra en vigencia para los meses en los que usted está inscrito en Global Classic (HMO) entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

Cada año natural, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Global Classic (HMO) después del 31 de diciembre de 2022. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente, luego del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Global Classic (HMO) cada año. Puede seguir con la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueva su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?

Sección 2.1 Requisitos que debe reunir

Usted puede ser elegible para convertirse en miembro de nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- Tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B (la Sección 2.2 informa sobre Medicare Parte A y Medicare Parte B).
- -- *y* -- Vive en nuestra área geográfica de cobertura de servicios (en la Sección 2.3 a continuación, se detalla nuestra área de servicio).
- -- *y* -- Es ciudadano estadounidense o reside legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 ¿Qué es Medicare Parte A y Medicare Parte B?

Cuando usted se suscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos bajo Medicare Parte A y Medicare Parte B. Recuerde:

- Medicare Parte A generalmente cubre servicios brindados por los hospitales (servicios para pacientes internados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- Medicare Parte B cubre la mayoría de los otros servicios médicos (como los servicios de médico, terapia de infusiones en el hogar y otros servicios ambulatorios) y determinados elementos (como equipo médico duradero [DME] y suministros).

Sección 2.3 Este es el área de cobertura de servicios del plan Global Classic (HMO)

Aunque Medicare es un programa federal, Global Classic (HMO) está disponible solo a las personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. El área de cobertura de servicios se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas: Collin, Dallas, Denton, Tarrant.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). Cuando se mude, contará con un Período especial de inscripción durante el cual podrá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo2, Sección 5.

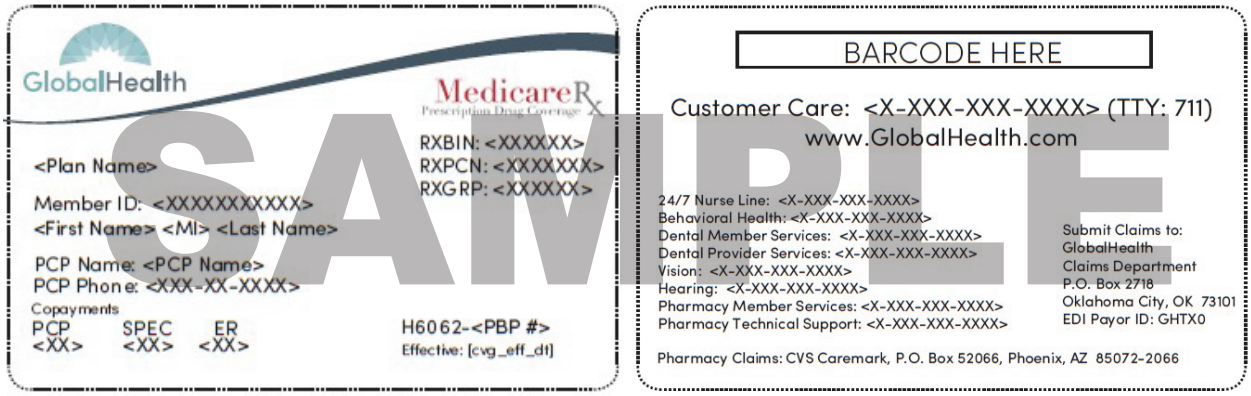
Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o residencia legal en los EE. UU.

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Global Classic (HMO) si usted no es elegible para permanecer como miembro sobre esta base. Global Classic (HMO) tiene que cancelar la inscripción si no cumple con los requisitos.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de identificación de membresía al plan: se utiliza para recibir todos los servicios de atención y los medicamentos recetados cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe presentar su tarjeta de identificación de membresía a nuestro plan cuando reciba cualquier servicio cubierto por este plan y cualquier medicamento recetado de las farmacias de la red. Además, deberá mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Este es un modelo de tarjeta de identificación de membresía para que vea cómo será la suya:



No utilice su tarjeta de Medicare roja, blanca ni azul para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de membresía de Global Classic (HMO), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le soliciten mostrar su tarjeta si necesita servicios hospitalarios, servicios en centros de cuidados paliativos o si necesita participar en los estudios de investigación de rutina.

Esto es muy importante porque: Si recibe servicios cubiertos presentando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de presentar su tarjeta de identificación de membresía de Global Classic (HMO) mientras es miembro de un plan, posiblemente deba pagar el costo total de los servicios.

En caso de destrucción, extravío o robo de su tarjeta de identificación de membresía, llame al Departamento de Servicios para Miembros inmediatamente, y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

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

En el *Directorio de proveedores*, se enumeran nuestros proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Estos proveedores han acordado prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Puede encontrar una lista actualizada de proveedores y vendedores en nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com.

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

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red, dado que, salvo excepciones limitadas, mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para

obtener su atención médica y servicios. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios requeridos urgentemente cuando la red no está disponible (generalmente, cuando se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Global Classic (HMO) autorice el uso de servicios de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más detallada sobre emergencias, cobertura fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitarla a través del Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). Puede solicitar más información al Departamento de Servicios para Miembros sobre los proveedores de nuestra red, incluso una descripción de sus calificaciones. También puede consultar el *Directorio de proveedores* en www.GlobalHealth.com o descargarlo de este sitio web. Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada con respecto a los cambios en nuestros proveedores de la red.

Sección 3.3 El *Directorio de farmacias*: su guía de farmacias en nuestra red

¿Qué son las "farmacias de la red"?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que aceptaron surtir las recetas médicas cubiertas para los miembros de nuestros planes.

¿Por qué debe tener información sobre las farmacias de la red?

En el *Directorio de farmacias* puede encontrar la farmacia de la red que desee utilizar. Habrá cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web www.GlobalHealth.com. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para recibir información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*. **Revise el *Directorio de farmacias* para 2022 para ver qué farmacias están en nuestra red**.

El *Directorio de farmacias* le indicará qué farmacias en nuestra red tienen costos compartidos preferidos, que pueden ser menores a los costos compartidos estándar que ofrecen otras farmacias de nuestra red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través de Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). Puede comunicarse en cualquier momento con Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre las modificaciones en la red de farmacias. También puede obtener esta información ingresando a nuestro sitio web www.GlobalHealth.com.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar. Enumera los medicamentos recetados de la Parte D cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en Global Classic (HMO). Los medicamentos en esta lista son

seleccionados por el plan con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la lista de medicamentos de Global Classic (HMO).

En la lista de medicamentos, también se indicará si existen reglas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le entregaremos una copia de la lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.GlobalHealth.com) o llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 3.5 La *Descripción de beneficios de la Parte D* (la "EOB de la Parte D"): Informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando utilice los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender y mantener un control de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe de resumen se denomina *Descripción de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D").

La *Descripción de beneficios de la Parte D* le informa la suma total que usted, u otros en su nombre, y nosotros hemos gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y la suma total que se ha pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante cada mes del beneficio de la Parte D utilizado. La EOB de la Parte D proporciona más información acerca de los medicamentos que consume, como los aumentos en el precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que puedan estar disponibles. Debería consultar con su recetador sobre estas opciones de menor costo. En el Capítulo 6 (*Lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D*) se detalla más información sobre la *Descripción de beneficios de la Parte D* y cómo lo puede ayudar a controlar su cobertura por medicamentos.

La *Descripción de beneficios de la Parte D* también está disponible cuando usted lo solicite. Para obtener una copia, llame a Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Global Classic (HMO)

Sección 4.1 ¿Cuánto es su prima del plan?

Usted no paga una prima mensual del plan aparte para Global Classic (HMO). Usted debe continuar pagando su prima del plan de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

En algunos casos, su prima del plan podría ser mayor

En algunos casos, su prima del plan podría ser mayor que la suma descrita en la Sección 4.1 anterior. Estas situaciones se describen a continuación.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D debido a que no se suscribieron en un plan de medicamentos recetados de Medicare la primera vez que fueron elegibles o porque no mantuvieron su cobertura durante un período consecutivo de 63 días o más cuando no tenían cobertura de medicamentos recetados "válida". (Cobertura "Válida" significa que se espera que la cobertura de medicamentos recetados pague, en promedio, una suma al menos igual a la de la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. La suma de su prima será la prima mensual del plan más la suma de su multa por inscripción tardía de la Parte D.
  - Si usted debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados. En el Capítulo 1, Sección 5, se explica la multa por inscripción tardía de la Parte D.
  - Si tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, podría ser retirado del plan.
- Se les podrá solicitar a algunos miembros que paguen cargos adicionales, conocidos como la suma de ajuste mensual conforme a ingresos - Parte D, también llamados IRMAA, debido a que hace 2 años tuvieron un ingreso bruto ajustado modificado, sobre cierto monto en su declaración de impuestos del IRS. Los miembros sujetos a una IRMAA tendrán que pagar el monto de la prima estándar y este cargo adicional, que se agregará a su prima. En el Capítulo 1, Sección 6, se explica la IRMAA con más detalle.

SECCIÓN 5 ¿Usted debe pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?

Sección 5.1 ¿Qué es una "multa por inscripción tardía" de la Parte D?

Nota: Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es una suma que se agrega a su prima de la Parte D. Puede adeudar una multa por inscripción tardía de la Parte D si en algún momento después de finalizado su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días o más consecutivos cuando no tiene la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados. (La "cobertura válida para medicamentos recetados" es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare dado que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). El costo de la multa por inscripción

tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados. Deberá pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

Cuando usted se inscribe por primera vez en Global Classic (HMO), le informamos la suma de la multa. Su multa por inscripción tardía de la Parte D es considerada su prima del plan.

Sección 5.2 ¿Cuánto es el monto de la penalidad por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina la suma de la multa. A continuación explicamos cómo funciona:

- Primero se cuenta el número de meses en total que usted tardó en inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, después de ser elegible para inscribirse. O se cuenta el total de meses completos en que usted no tuvo cobertura válida para medicamentos recetados, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1 % por cada mes que usted no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego Medicare determina la suma de la prima mensual promedio para planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2021 este monto promedio de la prima era $33.06. Esta suma puede ser modificada para 2022.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% de $33.06, lo que equivale a $4.63. Este monto se redondea a $4.60. Esta suma se agregaría **a la prima mensual para la persona con la multa por inscripción tardía de la Parte D**.

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

- Primero, **la multa puede cambiar todos los años**, porque la prima mensual promedio puede variar todos los años. Si la prima promedio nacional (según lo determina Medicare) aumenta, también aumenta su multa.
- Segundo, **usted seguirá pagando la multa** todos los meses durante todo el tiempo que esté suscrito en un plan con beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia de planes.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años de edad, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tiene cobertura después de su período de inscripción inicial para adultos en Medicare.

Sección 5.3 En algunas situaciones, usted puede suscribirse tardíamente y no pagar la penalidad

Aún si se ha demorado en inscribirse en un plan que ofrece cobertura de Medicare Parte D cuando fue elegible por primera vez, en algunas situaciones no deberá pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

Usted no deberá pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en cualquiera de estas situaciones:

- Si ya tiene una cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Medicare llama esto "**cobertura de medicamentos válida**". Tenga en cuenta:
  - La cobertura válida puede incluir cobertura de medicamentos de un ex empleador o sindicato, de TRICARE o del Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Se le puede enviar esta información en una carta o incluirla en un boletín del plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla para registrarse posteriormente en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.
    - Tenga en cuenta: Si recibe un "certificado de cobertura válida" cuando finaliza su cobertura médica, no quiere decir necesariamente que su cobertura de medicamentos recetados fuera válida. El aviso debe establecer que tenía una cobertura de medicamentos recetados "válida" y que se esperaba que pagase lo mismo que el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
  - Lo detallado a continuación *no* forma parte de una cobertura válida para medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y páginas web de descuentos en medicamentos.
  - Para obtener más información sobre la cobertura válida, consulte en el manual *Medicare y usted 2022* o llame a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si no tuviera cobertura válida, pero estuviera sin ella durante menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare.

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D?

Si usted no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión de su multa por inscripción tardía. Por lo general, usted debe solicitar esta revisión en el **transcurso de los 60 días** posteriores a la fecha de la primera carta que reciba donde se indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. En caso que estuviera pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, usted no tendrá otra oportunidad de solicitar una

revisión sobre la multa por inscripción tardía. Comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo proceder (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

SECCIÓN 6 ¿Usted debe pagar una suma adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién paga una suma adicional de la Parte D debido a los ingresos?

Si el ingreso bruto ajustado modificado como se informó en la declaración de impuestos del IRS de hace 2 años es superior a un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y la suma de ajuste mensual conforme a ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima.

Si debe pagar una suma adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le informará cuál será el importe de la suma adicional y cómo deberá pagarlo. La suma adicional se deducirá de su Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de su cheque de beneficios de la Oficina de administración del personal, independientemente de la manera en que usted pague por lo general su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la suma adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la suma adicional, usted recibirá una factura de Medicare. **Usted le debe pagar una suma adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan.**

Sección 6.2 ¿Cuánto es una suma adicional de la Parte D?

Si sus ingresos brutos ajustados y modificados (MAGI, modified adjusted gross income) según su declaración fiscal del Servicio de Impuestos Internos (IRS) están por encima de una determinada suma, usted pagará una suma adicional, además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre la suma adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con el pago de una suma adicional de la Parte D?

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

Sección 6.4 ¿Qué sucede si usted no paga la suma adicional de la Parte D?

La suma adicional se le paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) para su cobertura de Medicare Parte D. Si se requiere por ley que pague una suma extra y usted no lo paga, se cancelará su inscripción al plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Varios miembros deben pagar otras primas de Medicare

Varios miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 anterior, a fin de ser elegible para nuestro plan, usted debe contar con la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para la Parte A de prima gratuita) pagan una prima para la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan pagan una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe seguir pagado sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Si el ingreso bruto ajustado modificado como se informó en la declaración de impuestos del IRS de hace 2 años es superior a un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y la suma de ajuste mensual conforme a ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima.

- **Si se requiere que pague una suma extra y usted no la paga, se cancelará su inscripción al plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**
- Si debe pagar una suma adiciona, el Seguro Social, **no su plan de Medicare,** le enviará una carta en la que se le informará cuál será el importe de la suma adicional.
- Si desea obtener más información sobre las primas de la Parte D según los ingresos, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este cuadernillo. También puede visitar la página web www.medicare.gov o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y Usted 2022* incluye información sobre las primas de Medicare en la sección titulada “2022Costos de Medicare”. Explica cómo varían las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare para personas con diferentes ingresos. Cada año en el otoño, todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia del manual *Medicare y Usted 2022*. Los nuevos miembros de Medicare reciben una copia dentro del mes de haberse inscrito. También puede descargar una copia del manual *Medicare y Usted 2022* de la página web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, puede hacerlo de varias maneras

En caso de pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen dos maneras de pagar su multa Una vez que reciba su formulario de inscripción, su método de pago se establecerá como factura directa. Si desea cambiar su método de pago en cualquier momento, comuníquese con Servicio al Cliente para obtener ayuda. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si decide cambiar la forma de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, es posible que deba esperar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de pagar a tiempo la multa por inscripción tardía de la Parte D.

Opción 1: Puede abonar con cheque

Las multas por inscripción tardía pueden pagarse con cheque o giro postal. Se le enviará una factura mensual con el monto adeudado. Las multas por inscripción tardía vencen el día 5 de cada mes. Los cheques deben ser pagaderos a “GlobalHealth” (Nota: *No haga su cheque a nombre de CMS o HHS).* Se cobrará una tarifa de $25.00 por los cheques devueltos. Los pagos se deben enviar por correo a:

GlobalHealth of Texas, Inc.
Lockbox 4180
PO Box 659506
San Antonio, TX 78265-9506

Opción 2: Puede hacer que se deduzca la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer que se deduzca la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo pagar su penalidad de esta manera. Nos complacerá ayudarlo a establecer esta forma de pago. (Los números de teléfono de Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Qué hacer si está teniendo problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D

Si tiene problemas para pagar a tiempo su multa por inscripción tardía de la Parte D, comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros para saber si podemos recomendarle programas que lo ayuden a pagarla. (Los números de teléfono de Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima de plan mensual durante el año?

No. No se nos permite comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si se realiza alguna modificación a la prima mensual del plan del año siguiente, se lo informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía o, en algún momento, puede dejar de pagarla. (La multa por inscripción tardía se puede aplicar si tuvo un período consecutivo de 63 días o más sin una cobertura de medicamentos recetados "válida"). Esto podría suceder si, durante el transcurso del año, es elegible para el programa "Ayuda Adicional" o deja de serlo:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y se vuelve elegible para obtener la "Ayuda Adicional" durante el año, usted podría dejar de pagarla.
- Si pierde la Ayuda Adicional (Extra Help), puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si cumple 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados.

Puede obtener más información sobre el programa de "Ayuda Adicional" en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía al plan

Sección 8.1 Cómo puede ayudar a garantizar que la información que tenemos acerca de usted es correcta

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción e incluye su dirección y número de teléfono. Detalla su plan de cobertura específico, que incluye el nombre de su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red se basan en su registro de membresía para verificar qué servicios y medicamentos están cubiertos y las sumas de costo compartido para usted.** Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que usted tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, la indemnización por accidentes de trabajo o Medicaid).
- Si tiene cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por accidentes de automóvil.

- Si se lo ha internado en una residencia para ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o en una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la persona responsable designada (como su cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica.

Si esta información sufre alguna modificación, comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros a fin de informarnos al respecto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

También es importante que se contacte con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo2, Sección 5.

Lea la información que le enviamos sobre cualquier cobertura de un plan médico adicional que tenga

Medicare nos exige reunir información sobre cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que le corresponden según nuestro plan. (Para obtener más información sobre el funcionamiento de nuestra cobertura si tiene un plan médico adicional, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez por año, recibirá una carta en la que se enumerará cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos de los que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de su historia clínica e información médica personal. Protegemos su información médica personal como lo establecen estas leyes.

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

SECCIÓN 10 Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene un plan médico adicional?

Si tiene un plan médico adicional (como cobertura médica grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que estipulan quién paga primero, si nuestro plan o su plan médico adicional. El seguro que paga primero se denomina "pagador principal" y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga segundo se denomina "pagador secundario", y solo paga si hay costos que la cobertura principal no abonó. Puede que el pagador secundario no abone todos los costos que no fueron cubiertos.

Estas reglas tienen validez para la cobertura de planes de salud grupales ofrecidos por el empleador o el sindicato:

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal está basada en su empleo actual o en el empleo actual de un familiar, el responsable de pagar primero depende de su edad, la cantidad de personas que emplea su empleador y si tiene Medicare por edad, discapacidad o insuficiencia renal en etapa terminal (IRET):
  - Si es menor de 65 años, está discapacitado y usted o su familiar todavía trabajan, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
  - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge siguen trabajando, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por IRET, el plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que se vuelva elegible para Medicare.

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

- Seguro sin determinación de culpabilidad (incluye seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluye seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Indemnización por accidentes de trabajo

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

Si tiene un plan médico adicional, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene alguna pregunta sobre quién debe pagar primero o si necesita actualizar la información de su plan médico adicional, comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). Es posible que deba proporcionar su número de

identificación de miembro del plan a sus otros seguros médicos (una vez que haya confirmado su identidad), para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números telefónicos y recursos importantes

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos de Global Classic (HMO)**(cómo puede contactarnos, incluso cómo comunicarse con Departamento de Servicios para Miembros del plan) **25**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo recibir asistencia e información directamente del programa Federal de Medicare) **31**

SECCIÓN 3 **Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado** (asistencia gratuita, información y respuestas a sus consultas sobre Medicare) **32**

SECCIÓN 4 **Organización de Mejoramiento de la Calidad** (pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención brindada a los beneficiarios de Medicare) **33**

SECCIÓN 5 **Seguro Social** **34**

SECCIÓN 6 **Medicaid** (un programa mixto Federal y del estado que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos) **35**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados** **36**

SECCIÓN 8 **Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario** **39**

SECCIÓN 9 **¿Tiene algún “seguro grupal” o algún otro seguro médico de su empleador?** **40**

SECCIÓN 1 Contactos de Global Classic (HMO) (cómo puede contactarnos, incluso cómo comunicarse con Departamento de Servicios para Miembros del plan)

Cómo comunicarse con Departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener asistencia con reclamos, facturación o consultas por la tarjeta de membresía, llame o escriba a Departamento de Servicios para Miembros de Global Classic (HMO). Nos complacerá ayudarlo.

Método	Departamento de Servicios para Miembros: Información de contacto
LLAME AL	1-844-200-8167 (línea gratis) Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles 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). Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles 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).
FAX	405-280-2960
ESCRÍBANOS	GlobalHealth of Texas, Inc. P.O. Box 1747 Oklahoma City, OK 73101
SITIO WEB	www.GlobalHealth.com

Cómo contactarnos para consultar sobre una decisión de cobertura referente a su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre la solicitud de decisiones de cobertura de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

No dude en comunicarse con nosotros si tiene alguna consulta sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura de atención médica – Información de contacto
LLAME AL	1-844-200-8167 (línea gratis) Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles 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).
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles 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).
FAX	405-280-5398
ESCRÍBANOS	GlobalHealth of Texas, Inc. P.O. Box 2840, Oklahoma City, OK 73101
SITIO WEB	www.GlobalHealth.com

Cómo contactarnos para presentar una apelación por su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación por su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Apelaciones por atención médica – Información de contacto
LLAME AL	1-844-200-8167 (línea gratis) Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles 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).
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles 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).
FAX	405-280-5294

Método	Apelaciones por atención médica – Información de contacto
ESCRÍBANOS	GlobalHealth of Texas, Inc. P.O. Box 2658, Oklahoma City, OK 73101
SITIO WEB	www.GlobalHealth.com

Cómo contactarnos para presentar una queja por su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de los proveedores de nuestra red, incluso quejas sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye disputas por cobertura o pagos. (Si su problema está relacionado con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre la presentación de apelaciones). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja por su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas por atención médica – Información de contacto
LLAME AL	1-844-200-8167 (línea gratis) Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles 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).
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles 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).
FAX	405-280-5294
ESCRÍBANOS	GlobalHealth of Texas, Inc. P.O. Box 2658, Oklahoma City, OK 73101
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Global Classic (HMO) directamente ante Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo contactarnos para presentar una solicitud de decisiones de cobertura referente a sus medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre la suma que pagaremos por los medicamentos recetados cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en el plan. Para obtener más información sobre la solicitud de decisiones de

cobertura por sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura por medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-844-449-0360 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
FAX	1-855-633-7673
ESCRÍBANOS	CVS Caremark parte D Services Coverage Determination & Appeals P.O. Box 52000 MC109 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	www.GlobalHealth.com

Cómo contactarnos para presentar una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Método	Apelaciones por medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-844-449-0360 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Método	Apelaciones por medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
FAX	1-855-633-7673
ESCRÍBANOS	CVS Caremark parte D Services Coverage Determination & Appeals P.O. Box 52000 MC109 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	www.GlobalHealth.com

Cómo contactarnos para presentar una queja por sus medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o una de las farmacias de nuestra red, lo cual incluye quejas sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas por cobertura o pagos. (Si su problema está relacionado con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre la presentación de apelaciones). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja por sus medicamentos recetados de la Parte D, lea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas por medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-844-449-0360 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
FAX	1-866-217-3353
ESCRÍBANOS	CVS Caremark Part D Services Grievances Department P.O. Box 30016 Pittsburg, PA 15222-0330
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Global Classic (HMO) directamente ante Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o medicamentos que usted ha recibido

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

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

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
LLAME AL	Reclamaciones médicas: 1-844-200-8167 (línea gratis) Las llamadas a estos números son gratuitas. Estamos disponibles 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). Reclamaciones de medicamentos recetados de la Parte D: 1-844-449-0360 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Reclamaciones médicas: Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles 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). Reclamaciones de medicamentos recetados de la Parte D: Las llamadas a estos números son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
FAX	Reclamaciones médicas: 405-609-6354 Reclamaciones de medicamentos recetados de la Parte D: 1-855-230-5549
ESCRÍBANOS	Reclamaciones médicas: GlobalHealth of Texas, Inc. P.O. Box 2718, Oklahoma City, OK 73101 Part D Prescription Drug Claims: CVS Caremark P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
SITIO WEB	www.GlobalHealth.com

SECCIÓN 2 Medicare (cómo recibir asistencia e información directamente del programa Federal de Medicare)

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

La agencia federal que administra Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados "CMS"). Esta agencia contrata los servicios de organizaciones Medicare Advantage, lo cual incluye nuestra institución.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Esta es el sitio web oficial del gobierno de Medicare. En ella, se brinda información actualizada de Medicare y temas actuales de Medicare. También se brinda información sobre hospitales, residencias para ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Se incluyen cuadernillo que puede imprimir directamente de su computadora. También se pueden encontrar contactos de Medicare en su estado. En el sitio web de Medicare, también encontrará información detallada sobre los requisitos que debe reunir para lograr la elegibilidad en Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de requisitos para participar en Medicare:** ofrece información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.

Método	Medicare – Información de contacto
	• **Localizador de planes de Medicare:** ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados disponibles de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un *cálculo aproximado* de sus gastos de bolsillo en los distintos planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga sobre Global Classic (HMO): • **Infórmele a Medicare su queja:** Puede presentar una queja sobre Global Classic (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene computadora, puede usar una computadora de su biblioteca local o centro de la tercera edad para ingresar a este sitio web. O bien, puede llamar a Medicare e informarle qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán a usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado (asistencia gratuita, información y respuestas a sus consultas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Texas, el SHIP es denominado Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP).

Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP) es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguro o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Los asesores de Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP) pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Lo ayudarán a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas por la atención médica o el tratamiento que recibe y a solucionar cualquier problema con sus facturas de Medicare. Los asesores de Health Information, Counseling, and

Advocacy Program (HICAP) también le podrán ayudar a comprender sus opciones dentro de los planes de Medicare y a responder los interrogantes relacionados con el cambio de un plan a otro.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP Y A OTROS RECURSOS:

- Visite *www.medicare.gov*
- Haga clic en "**Forms, Help y Resources**" (Formularios, Ayuda y Recursos) en el extremo derecho del menú en la parte superior
- En el menú desplegable, haga clic en "**Phone Numbers & Websites**" (Números de teléfono y sitios web)
- Ahora tiene varias opciones
  - Opción 1: Puede tener **un chat en vivo**
  - Opción 2: Puede hacer clic en cualquiera de los "**TOPICS**" (TEMAS) en el menú en la parte inferior
  - Opción 3: Puede seleccionar su **STATE** (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.

Método	**Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP) (Texas SHIP)**
LLAME AL	1-800-252-9240
ESCRÍBANOS	Texas Department of Aging and Disability Services 701 West 51st Street MC: W275 Austin, TX 78751
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención brindada a los beneficiarios de Medicare)

En cada estado, funciona una Organización de Mejoramiento de Calidad designada para brindar servicios a los beneficiarios de Medicare. Para Texas, la Organización de Mejoramiento de Calidad se denomina KEPRO.

KEPRO cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el Gobierno federal. Esta organización recibe el pago de Medicare para analizar y ayudar a mejorar

la calidad de atención a los beneficiarios de Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está asociada con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja por la calidad de la atención que ha recibido.
- Si considera que el período de cobertura por su estadía en el hospital finalizará demasiado pronto.
- Si considera que el período de cobertura por servicios de atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) finalizará demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización de mejoramiento de calidad de Texas)
LLAME AL	1-888-315-0636 Días de semana: De 9 a.m. a 5 p.m., hora del este, central y de la montaña Fines de semana y días festivos: De 11 a.m. a 3 p.m., hora del este, central, de la montaña, del Pacífico, de Alaska y de Hawái-Aleutianas
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRÍBANOS	KEPRO 5201 West Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.keproqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar los requisitos de elegibilidad para los beneficios de Medicare y de administrar las inscripciones a Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales de 65 años de edad o más, o personas con discapacidades o insuficiencia renal en etapa terminal que cumplen ciertos requisitos son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe los cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social que le corresponda.

El Seguro Social está a cargo, además, de determinar quién debe pagar una suma adicional por su cobertura de medicamentos Parte D porque tienen mayores ingresos. Si recibió una carta del Seguro Social donde se le indica que tiene que pagar la cantidad extra y usted tiene preguntas sobre la suma o si sus ingresos decayeron debido a un evento trascendental, comuníquese con el Seguro Social para pedirles una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se contacte con su Seguro Social para hacerles saber de estos cambios.

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

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa mixto Federal y del estado que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos)

Medicaid es un programa mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos. Algunas personas que reciben beneficios de Medicare también pueden ser elegibles para Medicaid.

Además, existen programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus gastos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también pueden reunir los requisitos para ser elegibles y recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también pueden reunir los requisitos para ser elegibles y recibir los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Individuo Calificado (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos discapacitados y empleados calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con Texas Health and Human Services Commission.

Método	Texas Health and Human Services Commission (Programa Medicaid de Texas) – Información de contacto
LLAME AL	1-800-252-8263 De 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRÍBANOS	Texas Health and Human Services 1100 West 49th St. Austin, Texas 78756-3199
SITIO WEB	https://www.hhs.texas.gov/

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

Programa de "Ayuda Adicional" de Medicare

Medicare brinda "Ayuda Adicional" para pagar los costos de los medicamentos recetados para las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o automóvil. Si usted califica, obtiene ayuda para pagar por cualquier prima mensual del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, el deducible anual y los copagos de las recetas médicas. Esta "Ayuda Adicional" cuenta como parte de los gastos de su bolsillo.

Algunas personas califican automáticamente para "Ayuda Adicional" y no necesitan aplicar. Medicare envía una carta a las personas que califican automáticamente para "Ayuda Adicional".

Puede obtener "Ayuda Adicional" para pagar las primas y costos del medicamento recetado. Para ver si califica para la "Ayuda Adicional", llame:

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

Si usted considera que califica para "Ayuda Adicional" y considera que está pagando una suma de costo compartido incorrecta por un medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan ha diseñado un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia del nivel de copago correspondiente o, si usted ya tiene esa evidencia, asistencia para presentarnos esta evidencia.

- Comuníquese con Servicio al Cliente para solicitar asistencia para obtener la mejor evidencia disponible y para proporcionar esta evidencia. (Los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). Si no tiene documentación disponible, intentaremos verificar el estado de su "Ayuda adicional" trabajando con Medicare para verificar su elegibilidad para recibir "Ayuda adicional".
- Cuando recibamos la evidencia de su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted abone el copago correcto cuando vuelva a obtener su próxima receta médica en la farmacia. Si abona un copago mayor, le reintegraremos el importe correspondiente. Le enviaremos un cheque por el excedente o descontaremos el importe de futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y registra ese monto como una deuda de la cual usted es responsable, nosotros podemos efectuar el pago directamente a la farmacia. Si el estado efectuó el pago en su nombre, pagaremos directamente al estado. Comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Programa de Descuento de la Brecha en Cobertura de Medicare

El Programa de Descuento de la Brecha en Cobertura de Medicare brinda descuentos de fabricante sobre medicamentos de marca a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la etapa de brecha en cobertura y no se encuentren recibiendo "Ayuda Adicional". Para los medicamentos de marca, el descuento del 70% provisto por los fabricantes excluye cualquier tarifa de dispensación para los costos en la brecha. Los miembros pagan el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación por los medicamentos de marca.

Si alcanza la brecha en cobertura, aplicaremos automáticamente el descuento cuando la farmacia le facture sus recetas médicas y, en su Descripción de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D), se mostrará cualquier descuento otorgado. Tanto la suma que usted paga como la suma descontada por el fabricante cuentan en el cálculo de los gastos de su bolsillo como si usted los hubiese pagado y lo harán avanzar en la brecha en cobertura. La suma que abona el plan (5%) no cuenta para el cálculo de sus gastos de su bolsillo.

También recibirá cobertura para algunos medicamentos genéricos. Si alcanza la brecha en cobertura, el plan pagará el 75% del precio de los medicamentos genéricos y usted pagará el 25% restante del precio. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto que abona el plan (75%) no cuenta para el cálculo de gastos de su propio bolsillo. Únicamente la suma que usted paga cuenta y lo hace avanzar en la brecha en cobertura. Además, la tarifa de dispensación se incluye como parte del costo del medicamento.

El Programa de Descuento de la Brecha en Cobertura de Medicare está disponible a nivel nacional. Dado que Global Classic (HMO) ofrece cobertura adicional durante la Etapa de brecha en cobertura, sus gastos de su bolsillo en ocasiones serán inferiores a los costos que aquí se describen. Consulte el Capítulo 6, Sección 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa de brecha en cobertura.

Si tiene alguna pregunta acerca de la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que usted está tomando o acerca del Programa de Descuento de la Brecha en Cobertura de Medicare en

general, comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si usted posee una cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) o cualquier otro programa que brinde cobertura para los medicamentos de la Parte D (distinto a "Ayuda Adicional"), usted aún obtiene el 70% de descuento en medicamentos de marca cubiertos. También, el plan paga el 5 % de los costos de los medicamentos de marca en la brecha en cobertura. El 70% de descuento y el 5 % pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué ocurre si usted tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?
¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el SIDA que salvan la vida. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido en los medicamentos recetados Texas HIV Medication Program (THMP). Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su Estado, las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el Estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el Estado y condición de no asegurado/subasegurado.

Si está inscrito actualmente en un ADAP, puede continuar brindándole asistencia de costo compartido en los medicamentos recetados de Medicare Parte D en el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique a su encargado de inscripciones locales de ADAP acerca de cualquier cambio en su número de póliza o nombre del plan de Medicare Parte D. Llame a Texas HIV Medication Program (THMP) al 1-800-255-1090 disponible De 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a Texas HIV Medication Program (THMP) al 1-800-255-1090 disponible De 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.

¿Y si obtiene "Ayuda Adicional" de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos recetados? ¿Puede obtener los descuentos?

No. Si recibe "Ayuda Adicional", ya tiene cobertura para sus medicamentos recetados durante la brecha en cobertura.

¿Qué ocurre si no obtiene un descuento, pero considera que debería obtenerlo?

Si cree que ha alcanzado la brecha en cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por su medicamento de marca, usted debe revisar su siguiente aviso de *Descripción de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Descripción de Beneficios de la Parte D*, usted debe comunicarse con nosotros para asegurar que los registros de sus recetas están correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo en que se le debe un descuento, puede apelar

nuestra decisión. Puede obtener ayuda para presentar una apelación de su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) (los números telefónicos están en la Sección 3 de este capítulo) o llamando al 1800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar por los medicamentos recetados en base a las necesidades financieras, edad, condición médica o discapacidades. Cada estado tiene diferentes reglas para brindar cobertura a sus miembros.

En Texas, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es Texas THMP State Pharmacy Assistance Program (SPAP).

Método	Texas THMP State Pharmacy Assistance Program (SPAP) (Programa Estatales de Asistencia Farmacéutica de Texas) – Información de contacto
LLAME AL	1-800-255-1090
ESCRÍBANOS	Texas HIV Medication Program ATTN: MSJA-MC: 1873 P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347
SITIO WEB	https://www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds/spap.shtm

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores del ferrocarril de la nación y sus familias. Si tiene alguna consulta con respecto a los beneficios que le corresponden de la Junta de Retiro Ferroviario, llame a la agencia.

Si recibe sus servicios de Medicare por medio de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les haga saber si se muda o cambia de dirección postal.

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

SECCIÓN 9 ¿Tiene algún “seguro grupal” o algún otro seguro médico de su empleador?

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su empleador o grupo de retiro (o el de su cónyuge) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de sus beneficios médicos, primas, o período de inscripción (o los de su cónyuge) del empleador o de retiro. (Los números de teléfono de Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador (o el empleador de su cónyuge) o grupo de jubilados, por favor comuníquese con **el administrador de los beneficios del grupo**.El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados con su plan.

CAPÍTULO 3

Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

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

SECCIÓN 1 Conceptos que usted debe conocer acerca de cómo obtener cobertura para atención médica como miembro de nuestro plan 44

Sección 1.1 Definición de "proveedores de la red" y "servicios cubiertos" 44

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica cubierta por el plan 44

SECCIÓN 2 Utilizar proveedores de la red del plan para obtener atención médica 46

Sección 2.1 Debe elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) que brinde y supervise su atención médica 46

Sección 2.2 Tipos de atención médica que usted puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP 46

Sección 2.3 Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red 47

Sección 2.4 Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red 49

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre 49

Sección 3.1 Atención en casos de emergencia médica 49

Sección 3.2 Atención en casos de servicios requeridos urgentemente 50

Sección 3.3 Cómo obtener atención médica durante un desastre 51

SECCIÓN 4 Cómo proceder si usted recibe la factura directamente por los gastos totales de los servicios cubiertos 52

Sección 4.1 Puede hablar con nosotros para que paguemos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos 52

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted deberá pagar el costo total 52

SECCIÓN 5 ¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un "estudio de investigación clínica"? 53

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"? 53

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿a quién le corresponde pagar cada gasto? 53

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención cubierta en una "institución no médica religiosa dedicada a la atención médica" 55

Sección 6.1 ¿Qué es una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica? 55

Sección 6.2 Obtener atención médica en una institución religiosa de salud no médica 55

SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero 56

Sección 7.1 ¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos según nuestro plan? 56

SECCIÓN 8 Normas para el mantenimiento, los suministros y el equipo de oxígeno 57

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho? 57

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? 57

Sección 8.3 ¿Qué sucede si usted abandona su plan y luego vuelve a Original Medicare? 57

SECCIÓN 1 Conceptos que usted debe conocer acerca de cómo obtener cobertura para atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explican los conceptos que usted necesita conocer sobre cómo obtener cobertura de su plan para atención médica. Proporciona las definiciones de ciertos términos y explica las normas que usted deberá seguir para recibir tratamientos, servicios y otro tipo de atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener información detallada sobre el tipo de atención médica cubierta por nuestro plan y sobre qué parte del costo debe pagar cuando recibe esta atención, consulte la Tabla de beneficios en el siguiente capítulo: Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, servicios cubiertos y lo que usted debe pagar*).

Sección 1.1 Definición de “proveedores de la red” y “servicios cubiertos”

A continuación definimos ciertos términos para que entienda cómo puede recibir la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

- Los **“Proveedores”** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para proveer servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su suma del costo compartido como pago total. Estos proveedores han acordado prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos emiten directamente una factura a nosotros por la atención que usted recibe. Cuando visite a un proveedor de la red, normalmente pagará solo la parte que le corresponde por el costo de los servicios cubiertos.
- Los **“Servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios de salud, suministros y equipos cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica que le corresponden se encuentran detallados en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica cubierta por el plan

Como plan de seguro de salud de Medicare, Global Classic (HMO) debe cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare y debe cumplir todas las reglas de cobertura de Original Medicare.

Global Classic (HMO) en general cubrirá su atención médica si:

- **La atención médica que recibe se encuentra incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este cuadernillo).

- **La atención que recibe es considerada médicamente necesaria**. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que suministra y supervisa su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - En la mayoría de los casos, nuestro plan debe otorgarle la aprobación por adelantado antes de poder utilizar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se llama darle a usted una “remisión”. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - Las remisiones de su PCP no son necesarias en casos de atención de emergencia o de servicios requeridos urgentemente. También se proveen otros tipos de atención que no requieren la aprobación previa de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención por parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este servicio, lea la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. *Estas son tres excepciones:*
  - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios requeridos urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto, y para conocer el significado de atención de emergencia o servicios requeridos urgentemente, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita atención médica que, según las disposiciones de Medicare, debe estar cubierta por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proveer esta atención, podrá recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. Debe obtener nuestra autorización previa antes de buscar atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, usted pagará lo mismo que hubiera pagado si hubiera recibido esta atención a través de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
  - El plan cubre servicios de diálisis renal de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

Sección 2.1 Debe elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) que brinde y supervise su atención médica

Definición de “PCP” y qué tipo de servicios presta un PCP

Al convertirse en miembro de nuestro plan, deberá elegir un proveedor de atención primaria (PCP).

Su PCP no solo brindará servicios básicos y de rutina, sino que también coordinará otros cuidados que pueda necesitar a través de remisiones y autorizaciones previas. Su PCP puede ser un médico de cabecera, de medicina general o de medicina interna que participa en nuestra red.

¿Cómo selecciona usted a su PCP?

Puede elegir un PCP de nuestro *Directorio de proveedores*, que puede encontrar en www.GlobalHealth.com o comunicarse con Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda para seleccionar un PCP (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Solo puede elegir un PCP que acepte pacientes nuevos. Si no elige un PCP al inscribirse, se le asignará uno.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento. También podría ocurrir que su PCP dejara de pertenecer a la red de proveedores de nuestro plan y usted debiera seleccionar otro PCP.

Para cambiar su PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). Se asegurarán de que el PCP al que desea cambiarse acepte nuevos pacientes. Le enviarán una nueva tarjeta de membresía en la que se muestre el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP. El cambio se realizará el primer día del mes posterior a la fecha de la solicitud.

Asegúrese de informar al Departamento de Servicios para Miembros si está consultando a especialistas o recibiendo otros servicios cubiertos que necesitan la aprobación de su PCP (como servicios de atención médica a domicilio y equipo médico duradero). Lo ayudaremos a asegurarse de que tiene las remisiones y las autorizaciones previas necesarias para continuar con los servicios que ha estado recibiendo cuando cambie de PCP.

Sección 2.2 Tipos de atención médica que usted puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP

Usted puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, lo cual incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exploraciones pélvicas, siempre que obtenga estos servicios de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia, sin importar si usted obtiene estos servicios de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios requeridos urgentemente obtenidos de proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda tener acceso a ellos de manera temporal (p. ej., cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que usted obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarle a organizar una diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área. Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).
- Visitas al consultorio del especialista, siempre y cuando vaya a un proveedor de la red. El especialista solicitará la aprobación previa de cualquier prueba o tratamiento, como pruebas de diagnóstico especializadas, terapia o cirugía ambulatoria.
- Visitas en el consultorio de terapia individual o grupal de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, siempre que las reciba de un proveedor de la red. El terapeuta solicitará
  la aprobación previa para cualquier prueba o tratamiento.
- Anteojos y exámenes de la vista de rutina siempre que los obtenga de proveedores de la red de EyeMed.
- Audífonos y evaluaciones para audífonos siempre que los obtenga de proveedores de la red de NationsHearing.
- Atención preventiva, siempre y cuando la obtenga de proveedores de la red.
- Servicios de odontología preventivos e integrales, siempre y cuando los obtenga de un proveedor de la red de .

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

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

- Los oncólogos se ocupan de los pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.

- Los médicos ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

Referencias

Por lo general, primero consultará a su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Puede consultar a cualquier especialista de la red sin una remisión, pero cuando su PCP o especialista considere que necesita pruebas de diagnóstico o tratamiento especializados (como terapia o cirugía ambulatoria), le dará una remisión para esa atención.

Autorización previa

Se requiere autorización previa de Global Classic (HMO) antes de la cita para casi todas las pruebas o tratamientos realizados fuera de una visita al consultorio. Cuando su médico nos envía una remisión, nuestro equipo de enfermeros y médicos la revisa. Le notificaremos a su médico y a usted sobre nuestra decisión. En la mayoría de los casos, los servicios se dirigirán a proveedores dentro de la red. Si no tiene una autorización previa por escrito antes recibir los servicios que la requieren, es probable que tenga que hacerse cargo del pago de estos servicios. Para obtener información sobre los servicios que requieren una autorización previa, consulte el Capítulo 4, Cuadro de beneficios médicos.

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

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existe un número de motivos por los que su proveedor podría abandonar su plan. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Nos esforzaremos por informarle con una antelación de al menos 30 días que su proveedor abandona su plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor aprobado para continuar gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor aprobado para reemplazar su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión.
- Si se entera que su médico o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.

Si necesita ayuda, comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.4 Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red

En la mayoría de los casos, usted debe recibir atención de un proveedor de la red. La atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, excepto en las siguientes situaciones:

- Servicios de emergencia o los servicios requeridos urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto, y para conocer el significado de los servicios de emergencia o los servicios requeridos urgentemente, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si autorizamos una remisión a un proveedor fuera de la red, como se describe en la Sección 2.3 de este capítulo.
- Servicios de diálisis renal que usted obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera de nuestra área de servicio. Debe comunicarse con su centro de diálisis proveedor para que puedan trabajar con nuestro equipo de Administración de cuidados para coordinar la diálisis fuera del área.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre

Sección 3.1 Atención en casos de emergencia médica

Definición de “emergencia médica” y cómo proceder en caso de tener una emergencia médica

Una **“emergencia médica”** ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda cuanto antes.** Llame al 911 para obtener ayuda o concurra a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. *No* es necesario obtener primero la aprobación ni la remisión médica de su PCP.
- **En cuanto pueda, verifique que se haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente dentro de un plazo de 24 horas. Nuestro número de teléfono se encuentra en la tarjeta de identificación de miembro del plan.

Servicios que están cubiertos en una emergencia médica

Puede recibir cobertura de atención médica de emergencia cuando la necesite, en todo el mundo. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencia con otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este cuadernillo.

En el Capítulo 4, también se proporcionan detalles sobre nuestra cobertura de atención de emergencia y de los servicios de atención de urgencia requeridos mientras viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Los servicios de ambulancia solo se cubren dentro de los Estados Unidos y sus territorios.

Si tiene una emergencia, consultaremos con los médicos que le proveen atención de emergencia para ayudar a controlar la atención que recibe y realizar un seguimiento de ella. Los médicos que le proveen atención de emergencia determinarán cuándo su estado es estable y si la emergencia médica ha concluido.

Una vez que haya finalizado la emergencia, usted tendrá derecho a recibir cuidado de seguimiento para verificar que su estado continúe estable. El cuidado de seguimiento está cubierto por nuestro plan. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su estado de salud y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces, es difícil determinar cuándo se tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría consultar por una atención de emergencia (porque cree que su salud corre grave peligro) y el médico podría determinar que, en realidad, no se trató de una emergencia médica. Si se determina que no tuvo una emergencia médica (siempre que justificadamente haya creído que su salud corría grave peligro), cubriremos la atención que recibió.

Sin embargo, después de que el médico haya determinado que *no* fue una emergencia, cubriremos atención adicional *solo* si usted recibe esta atención de alguna de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red; para recibir atención adicional.
- – *o* – la atención adicional que usted recibe se considera como “servicios requeridos urgentemente” y sigue las reglas para obtener estos servicios requeridos urgentemente (para obtener más información sobre este servicio, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Atención en casos de servicios requeridos urgentemente

¿Qué son “servicios requeridos urgentemente”?

Los “Servicios requeridos urgentemente” son enfermedades, lesiones o afecciones médicas imprevistas, que no son de emergencia, que requieren atención médica inmediata. Los servicios requeridos urgentemente pueden proveerse por medio de proveedores de la red o proveedores fuera de la red, en caso de que los proveedores de la red no estuvieran disponibles o no fuera posible

acceder a ellos momentáneamente. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, un brote imprevisto de una afección conocida que usted tiene.

¿Qué sucede cuando está en el área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de atención?

Siempre debe intentar obtener servicios requeridos urgentemente de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no se encuentran accesibles o no están disponibles provisoriamente y no es razonable esperar para recibir atención de su proveedor de la red cuando esta se encuentre disponible, cubriremos los servicios requeridos urgentemente de un proveedor fuera de la red.

- Si la necesidad de atención urgente se produce durante el horario de atención habitual de su PCP, llame a su PCP para recibir indicaciones.
- O llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este cuadernillo).
- Si la necesidad de atención urgente se produce después del horario de atención o si no puede comunicarse con su PCP, vaya a un centro de atención de urgencias dentro de la red que figura en nuestro *Directorio de proveedores*. Para encontrar *el Directorio de proveedores* más actualizado, visite nuestro sitio web www.GlobalHealth.com o comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede cuando usted está fuera del área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Cuando se encuentre fuera del área de servicio y no pueda consultar con un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios requeridos urgentemente que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: cuando cree que su situación es una emergencia y que viajar o esperar hasta que se encuentre en su casa no sería seguro para su afección médica.

Sección 3.3 Cómo obtener atención médica durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, igualmente podrá recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.GlobalHealth.com para obtener información acerca de cómo obtener atención necesaria durante un desastre.

En general, si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red a un costo compartido dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, podrá obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 Cómo proceder si usted recibe la factura directamente por los gastos totales de los servicios cubiertos

Sección 4.1 Puede hablar con nosotros para que paguemos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos

Si ha pagado un monto mayor al que corresponde a su costo compartido en los servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*), donde obtendrá más información sobre cómo proceder en estos casos.

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

Global Classic (HMO) cubre todos los servicios médicos médicamente necesarios y estos servicios se enumeran en la tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este cuadernillo) y se obtienen de acuerdo con las normas del plan. Usted es responsable del pago total de los servicios no cubiertos por nuestro plan, ya sea porque son servicios no cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no estaban autorizados.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos un servicio o atención médica que desee obtener, tiene derecho a consultarnos si cubriremos el servicio antes de recibirlo. Usted también tiene derecho a pedir esto por escrito. Si le informamos que estos servicios no están cubiertos, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), encontrará más información sobre qué debe hacer para solicitarnos una decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

En el caso de servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted pagará la suma total por el costo de cualquier servicio que usted reciba después de haber agotado el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los pagos por los costos de los servicios que superen los límites específicos de los beneficios no se aplicarán al máximo de gastos de bolsillo anual. Puede llamar a Servicio al Cliente para consultar cuánto es el límite aún disponible de sus beneficios.

SECCIÓN 5 ¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un "estudio de investigación clínica"?

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

Los médicos y científicos realizan estudios de investigación clínica (también llamados "ensayos clínicos") para probar nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo, observar la acción de un nuevo medicamento para el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos en voluntarios que se ofrecen para ayudar en el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a analizar la eficacia y seguridad de un nuevo enfoque.

No todos los estudios de investigación clínica son abiertos a los miembros de nuestro plan. Primero, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *será responsable de todos los costos por su participación en el estudio*.

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio, alguien que trabaja en él se comunicará con usted para brindarle más información al respecto y verificar que reúna los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Puede participar en el estudio siempre que reúna los requisitos para el estudio, *y* comprenda completamente y acepte las condiciones de participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo los demás servicios que requiere para su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica sean proveedores de la red de nuestro plan.

Aunque no necesita permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar su participación en un estudio de investigación clínica.**

Si tiene la intención de participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en el dorso de este cuadernillo) para informarles que participará en un ensayo clínico y para conocer detalles más específicos acerca de lo que pagará su plan.

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿a quién le corresponde pagar cada gasto?

Al registrarse en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cubiertos los elementos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, que incluyen lo siguiente:

- Habitación y comidas por estadías en el hospital que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.

- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos colaterales y las complicaciones de la nueva atención.

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

En el siguiente ejemplo, se explica el funcionamiento de los costos compartidos: supongamos que, como parte del estudio de investigación, se le realizan análisis de laboratorio cuyo costo es de $100. Supongamos también que su parte del costo de estos análisis es de $20 con Original Medicare, pero la prueba solo sería de $10 si se aplicaran los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 para la prueba y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que pagaría $10, que es la misma suma que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Para que paguemos nuestra parte de los costos, deberá enviar una solicitud de pago. Con su solicitud, deberá enviarnos una copia de sus avisos de resumen de Medicare u otro documento que muestre los servicios que recibió como parte del estudio y que especifique el importe que adeuda. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pago.

Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán los siguientes servicios:**

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio aun si usted *no* participara en un estudio.
- Artículos y servicios que usted o cualquier participante recibe del estudio de manera gratuita
- Artículos o servicios provistos solamente para recopilar datos y no utilizados directamente para su atención médica. Por ejemplo, Medicare no cubre los gastos por TC mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una TC.

Más información

Puede obtener más información sobre cómo participar 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). (Esta 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 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención cubierta en una "institución no médica religiosa dedicada a la atención médica"

Sección 6.1 ¿Qué es una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica?

Una institución no médica religiosa de atención médica es un centro que provee atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada contradice las creencias religiosas de un miembro, nuestro plan proveerá cobertura para atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica. Podrá optar por recibir atención médica en cualquier momento por cualquier razón. Este beneficio se provee únicamente para servicios de internación de la Parte A (servicios de atención que no sean médicos). Medicare solo pagará por servicios no médicos de atención médica brindados por instituciones no médicas religiosas de atención médica.

Sección 6.2 Obtener atención médica en una institución religiosa de salud no médica

Para recibir atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica, deberá firmar un documento legal en el que declare que conscientemente se opone a recibir tratamientos médicos "no exceptuados".

- Atención o tratamientos médicos "no exceptuados" se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico *voluntario* y *no requerido* por las leyes federales, estatales o locales.
- Tratamientos médicos "exceptuados" se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico que usted recibe que *no* es voluntario o *es requerido* por las leyes federales, del estado o locales.

Para recibir cobertura de nuestro plan, el cuidado que usted recibe de una institución no médica religiosa de atención médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución provistos en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:
  - debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención en hospital para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
  - – *y* – debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro; de lo contrario, su internación no estará cubierta.

- El costo compartido y los límites de cobertura para pacientes internados de Medicare se aplican a los servicios obtenidos en una institución religiosa no médica de atención de la salud. (Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos según nuestro plan?

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen artículos tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de asistencia para el habla, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas hospitalarias ordenados por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre será propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, analizamos otro tipo de equipo médico duradero que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de equipo médico duradero se convierten en propietarios del equipo después de abonar los copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Global Classic (HMO), en general, usted no se convertirá en propietario del equipo médico duradero alquilado, independientemente de cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos el derecho de propiedad del DME a usted. Llame a Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) para obtener información sobre los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe suministrar.

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

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos por el artículo luego de cambiarse a Original Medicare para convertirse en su propietario. Los pagos que haya realizado mientras estaba en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el equipo médico duradero conforme a Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, esos pagos anteriores tampoco cuentan para estos 13 pagos consecutivos. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para convertirse en su propietario. No hay excepciones para este caso cuando regresa a Original Medicare.

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

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, entonces durante el tiempo que esté inscrito, Global Classic (HMO) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler del equipo de oxígeno
- Suministro y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro y el contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

Si abandona Global Classic (HMO) o ya no necesita el equipo de oxígeno por motivos médicos, entonces este equipo deberá ser devuelto al propietario.

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?

Sus costos compartidos para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es 20% del costo total, todos los meses.

Después de 36 meses de estar inscrito en Global Classic (HMO), su costo compartido cambiará a 0% de coseguro para los concentradores. Si utiliza tanques de oxígeno o cilindros que necesitan suministro de oxígeno, pagará el 20% del monto aprobado por Medicare para estas entregas.

Si antes de inscribirse en Global Classic (HMO), realizó 36 meses de pago del alquiler por la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en Global Classic (HMO) es 20% del costo total.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si usted abandona su plan y luego vuelve a Original Medicare?

Si vuelve a Original Medicare, entonces comenzará un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si pagó el alquiler del equipo de oxígeno durante 36 meses antes de inscribirse en Global Classic (HMO), se inscribió en Global Classic (HMO) durante 12 meses, y luego vuelve a Original Medicare, usted pagará el costo compartido total de la cobertura del equipo de oxígeno.

De igual manera, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en Global Classic (HMO) y luego vuelve a Original Medicare, usted pagará el costo compartido total de la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos 60

Sección 1.1 Tipos de gastos de su bolsillo que debe pagar por servicios cubiertos 60

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B? 60

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores realicen "facturaciones de saldo" 60

SECCIÓN 2 Usar la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué está cubierto para usted y cuánto pagará 61

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan 61

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 106

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones) 106

SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos

Este capítulo se concentra en sus servicios cubiertos y lo que usted debe pagar por los beneficios médicos que recibe. Incluye una Tabla de Beneficios Médicos que enumera los servicios cubiertos y le indica la suma que debe pagar por cada servicio cubierto como miembro de Global Classic (HMO). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

Sección 1.1 Tipos de gastos de su bolsillo que debe pagar por servicios cubiertos

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

Dado que usted está suscrito a un Plan Medicare Advantage, existe un límite en cuanto a la cantidad que usted debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos que se encuentran cubiertos por Medicare Parte A y Parte B (ver la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se denomina suma máxima de su bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de Global Classic (HMO), la suma máxima que deberá pagar de su bolsillo por servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B en 2022 es $3,400. Las sumas que paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos dentro de la red cuentan para el cálculo de esta suma máxima de su bolsillo. (Las sumas que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su bolsillo. Además, las sumas que paga por algunos servicios no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos.) Si alcanza la suma máxima de su bolsillo de $3,400, no deberá pagar ningún otro gasto de su bolsillo durante el resto del año por servicios de la Parte A y Parte B cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe continuar pagando su la prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores realicen “facturaciones de saldo”

Como miembro de Global Classic (HMO), un factor de protección importante para usted es que solo debe pagar la suma de costos compartidos cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales independientes, conocidos como “facturación del saldo”. Este factor de protección (por el cual nunca paga más de la suma de costos compartidos) tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor.

Este factor de protección funciona de la siguiente manera.

- Si la suma del costo compartido es un copago (una cantidad fija en dólares, por ejemplo, $15.00), entonces usted solo debe pagar esa suma por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión).
- Si usted cree que un proveedor le ha realizado una “facturación de saldo”, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

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

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre Global Classic (HMO) y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos se cubren solo cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos de Medicaid deben ser provistos según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros y equipo) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- Usted debe recibir atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no será cubierta. Para obtener más información sobre los requisitos para utilizar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubrimos servicios de proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.

- Tiene un Proveedor de atención primaria (PCP) que lo cuida y supervisa la atención que recibe. En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle su aprobación previa antes de que usted pueda consultar otros proveedores de la red del plan. Esto se llama darle a usted una "remisión". Para obtener más información sobre cómo obtener una remisión y sobre los casos en los que no necesita una, consulte el Capítulo 3.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene una aprobación previa (a veces llamada "autorización previa") de nosotros. Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos con una nota al pie. Además, los siguientes servicios que no figuran en la Tabla de beneficios requieren autorización previa:
  - Remisiones a cualquier proveedor fuera de la red.
  - Servicios que son beneficios cubiertos, pero realizados por el médico fuera de su consultorio.
  - Cualquier otro servicio que no esté específicamente enumerado en la Tabla de Beneficios Médicos.

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, paga *menos*.(Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual *Medicare y usted 2022*). Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de todos los servicios médicos preventivos que están cubiertos sin costo conforme a Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted. Sin embargo, si usted también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- A veces, Medicare aumenta la cobertura a través de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare aumenta la cobertura para cualquier servicio durante 2022, Medicare o nuestro plan cubrirá dichos servicios.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Un solo examen preventivo de ultrasonido para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen preventivo si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, auxiliar médico, enfermera especializada o especialista de enfermería clínica.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Acupuntura para dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • dolor con una duración de 12 semanas o más; • no específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociada con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con una intervención quirúrgica; y • no está asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. Requisitos del proveedor:	Usted paga un copago $30 por acupuntura cubierta por Medicare para servicios de dolor lumbar crónico. **Puede que se requiera autorización previa.**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley de seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (IPA), personal de enfermería profesional (NPS) o especialistas en enfermería clínica (CNS) (tal como se indica en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS exigido por nuestras reglamentaciones del título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR), artículos 410.26 y 410.27.	
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención solo a miembros cuyas condiciones médicas son tales que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud, o si lo autoriza el plan. • El transporte en ambulancia que no sea de emergencia corresponde si se documenta que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario.	Usted abona el 20% del costo total de la ambulancia aérea cubierta por Medicare por viaje de ida. Usted paga un copago $225 por servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare por un solo viaje. **Se requiere autorización previa para el transporte que no es de emergencia.**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
Examen físico anual • Examen del corazón, de los pulmones, del abdomen y de los sistemas neurológicos • Examen práctico del cuerpo (como cabeza, cuello y extremidades) • Antecedentes médicos/familiares detallados • Limitado a un examen por año además de la visita anual de bienestar Debe realizarse en el consultorio de su PCP. Contáctese con su PCP para programar una cita.	No se aplica un coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual.
Consulta preventiva anual Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una consulta preventiva anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera consulta preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare". Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una visita de "Bienvenida a Medicare" para tener cobertura para consultas preventivas anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva anual. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Mediciones de masa ósea Para pacientes que reúnen los requisitos (generalmente, son personas con riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluido un informe médico de los resultados.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubierta por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplan ciertos requisitos con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Usted paga un copago $30 por visita como paciente ambulatorio por servicios de rehabilitación cardíaca o servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, el médico puede analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose de forma saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: Se cubren pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales una vez cada 24 meses • Si tiene alto riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino o de vagina o si usted se encuentra en edad fértil y obtuvo un resultado no normal de la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No se aplica coseguro, copago ni deducible para Papanicolaou y tactos vaginales preventivos cubiertos por Medicare. **Debe realizarse pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos con su PCP o con un obstetra/ ginecólogo de la red.** Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.	Usted abona un copago $20 por visita para estos servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.
Examen de detección de cáncer colorrectal Para personas mayores de 50 años, se cubren los siguientes servicios: • Sigmoidoscopía flexible (o examen de detección por enema de bario como alternativa) cada 48 meses Uno de los siguientes cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta en materia fecal basada en guaiac (gFOBT, por sus siglas en inglés) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT, por sus siglas en inglés) Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años Para personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubren los siguientes servicios:	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
• Examen de detección por colonoscopía (o examen de detección por enema de bario como alternativa) cada 24 meses Para personas sin alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubren los siguientes servicios: • Examen de detección por colonoscopía cada 10 años (120 meses), pero no en el transcurso de los 48 meses posteriores a una detección por sigmoidoscopía.	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente: Servicios dentales cubiertos por Medicare que son parte integral de un servicio médico cubierto prestado por el dentista del personal del hospital o un médico (esto no incluye servicios relacionados con la atención, el tratamiento, el empaste, la extracción o la sustitución de dientes).	Usted abona un copago $30 por visita al consultorio para estos servicios dentales cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Servicios dentales preventivos • Limpieza. • Radiografías dentales. • Exámenes orales. • Flúor Para conocer los códigos dentales cubiertos, consulte la tabla al final de esta sección.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para servicios dentales preventivos. No se aplica coseguro, copago ni deducible para limpieza períodontal, combinada con limpiezas preventivas.
***Servicios dentales integrales** • Servicios de restauración • Períodoncia • Extracciones	Servicios de restauración: • Usted paga el 30 % del costo por empastes. Períodoncia:

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
Para obtener ayuda para encontrar un dentista dentro de la red o más información sobre estos servicios cubiertos, llame a DentaQuest al (833) 493-0566 (TTY: 711). Para conocer los códigos dentales cubiertos, consulte la tabla al final de esta sección.	• No se aplica coseguro, copago ni deducible para limpiezas periodontales. Consulte servicios dentales preventivos: • Usted paga el 30% del costo total por otras períodoncias. Extracciones: • Usted paga el 30% del costo total por servicios de extracción. Solo pagaremos hasta un total de $1,000 por estos servicios dentales por año. Usted paga la cantidad que excede esta asignación. *Los copagos que paga por los servicios dentales suplementarios en todo el mundo no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su propio bolsillo. Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo.
Examen de detección de depresión Cubrimos un examen preventivo de depresión por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento y/o remisiones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Servicios de dermatología Cubrimos los servicios y el tratamiento que habitualmente se brindan en una visita al consultorio.	Usted abona un copago $30 por visita al consultorio para estos servicios de dermatología cubiertos por Medicare. **Se puede necesitar autorización previa para algunos servicios.**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
Prueba de detección de diabetes Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de azúcar alta en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden cubrirse si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. En función de los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para probar la precisión de las tiras reactivas y los medidores.	Usted paga el 20% del costo total de los suministros para pruebas diabéticas estándar cubiertos por Medicare. Usted paga el 20% del costo total por dispositivos terapéuticos de control continuo de la glucosa, sensores y suministros como equipo médico duradero. **Puede que se requiera autorización previa.**
• Para pacientes diabéticos con enfermedad del pie diabético grave: Un par de zapatos ortopédicos a medida por año natural (incluidas plantillas provistas con el calzado) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas desmontables no hechas a medida provistas con este calzado). La cobertura incluye la adaptación a medida.	Usted paga el 20% del costo total de los zapatos o plantillas terapéuticas cubiertas por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la capacitación para el autocontrol de la diabetes.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
	Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Equipos médicos duraderos (Durable medical equipment, DME) y suministros relacionados (La definición de "equipo médico duradero" se incluye en el Capítulo 12 de este folleto). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si uno de nuestros proveedores en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web www.GlobalHealth.com.	Usted paga 20% del costo total por equipo médico duradero. **Puede que se requiera autorización previa.**
Equipo médico duradero y suministros relacionados proporcionados por su agencia de atención médica a domicilio.	No se aplica coseguro, copago ni deducible por los equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Atención médica de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características: • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera	Usted paga un copago $120 por visita por todos los servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare recibidos durante la visita. Si lo ingresan al hospital como paciente internado o como paciente ambulatorio en un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar el copago de atención de emergencia.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente. Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red. La atención de emergencia solo se cubre dentro de los Estados Unidos y sus territorios.	Si recibe servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios en un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar el copago de atención de emergencia. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá retornar a un hospital de la red para que su atención siga cubierta o deberá pedir al plan que le autorice la atención como paciente internado en el hospital fuera de la red. Su costo compartido es entonces lo que pagaría en un hospital de la red.
***Cobertura a nivel mundial para servicios en un Departamento de Emergencias** • Esto incluye atención de emergencia o requerida urgentemente • El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. • No se cubren los tratamientos previamente programados y planificados (incluida la diálisis para una afección en curso) ni los procedimientos electivos. • Los servicios prestados por un dentista no están cubiertos	Usted paga un copago $120 por visita por servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted está cubierto hasta $50,000 por año para servicios de emergencia o urgentemente necesarios (combinados) fuera de los Estados Unidos. *Los copagos que paga por los servicios de emergencia en todo el mundo no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su propio bolsillo. Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo.
Programas educativos sobre salud y bienestar A través de Silver&Fit®, los miembros tienen acceso a los gimnasios junto con el personal de apoyo que incluye:	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una membresía anual de Silver&Fit®.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
• Instructores y asesores de acondicionamiento físico en gimnasios. • Biblioteca de videos digitales de acondicionamiento físico • Kits de acondicionamiento físico en el hogar • Clases en Internet • Clases educativas sobre envejecimiento saludable • Dispositivos de fitness inalámbricos portátiles • Aplicaciones móviles El objetivo del beneficio es alentar a los miembros a perder peso, reducir las caídas y a que estén más saludables o conserven su salud. No se requiere derivación ni autorización previa para los beneficios de gimnasios. Para obtener más información, cómo registrarse o encontrar gimnasios, visite www.GlobalHealth.com.	
Servicios de audición Exámenes auditivos y equilibrio básicos realizados por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención médica ambulatoria cuando son realizadas por un médico, un audiólogo u otro proveedor aprobado.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las evaluaciones de diagnóstico auditivas y de equilibrio realizadas por PCP cubiertas por Medicare. Usted paga un copago de $30 por visita por exámenes de especialistas para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio. **Se puede necesitar autorización previa para algunos servicios.**
Examen auditivo de rutina Limitado a 1 examen por año.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen auditivo de rutina. Debe obtener su examen auditivo de un proveedor GlobalHealth.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
	Los servicios médicos que no son de rutina proporcionados durante la visita pueden requerir un copago.
Exámenes auditivos de rutina • Limitado a 1 evaluación para determinar la necesidad de audífonos cada año Comuníquese con NationsHearing al (877) 202-4718 (TTY:711) para programar una cita. NationsHearing está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. Los sábados, domingos y feriados federales, NationsHearing grabará mensajes y devolverá inmediatamente todas las llamadas un plazo de 24 horas.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de aparatos auditivos. Debe obtener su examen de aparatos auditivos, audífonos y ajustes de un proveedor de NationsHearing. Otros servicios de audición no están cubiertos durante esta evaluación.
***Aparatos auditivos** • Audífonos. • El ajuste y la evaluación de audífonos se limitan a 1 vez por año. *Las compras de audífonos incluyen: • Tres visitas de seguimiento durante el primer año a partir de la fecha inicial de colocación • Período de prueba de 60 días desde la fecha de la colocación • 60 baterías por año, por audífono (suministro para 3 años) • Tres años de garantía para reparaciones por parte del fabricante • Cobertura de reemplazo por 1 vez para audífonos perdidos, robados o dañados (puede aplicarse un deducible por audífono) NationsHearing ofrece una amplia selección de audífonos de todos los principales fabricantes. Comuníquese con NationsHearing para obtener más información sobre su beneficio de audífonos por teléfono al (877) 202-4718 (TTY:711).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para audífonos y servicios de audición. Solo pagaremos hasta un total de $500 por estos aparatos auditivos por año. Usted paga la cantidad que excede esta asignación. *Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
NationsHearing está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. Los sábados, domingos y feriados federales, NationsHearing grabará mensajes y devolverá inmediatamente todas las llamadas un plazo de 24 horas.	
Examen de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de una infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Para mujeres que están embarazadas cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventivo del VIH cubierto por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Atención de una agencia de atención médica domiciliaria Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y deberá ordenar tales servicios a una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y de enfermeras de tiempo parcial o intermitente. (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica domiciliaria combinados deben ser inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las visitas médicas a domicilio cubiertas por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.** No hay costos compartidos para los servicios de atención médica a domicilio y los artículos proporcionados por una agencia de atención médica a domicilio. Sin embargo, los costos compartidos aplicables que se indica en otra parte del cuadro de beneficios médicos se aplicarán si el artículo no es proporcionado por una agencia de atención médica a domicilio. **Puede que se requiera autorización previa.**
Terapia de infusiones en el hogar	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por los servicios

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
El tratamiento de infusiones en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o compuestos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar las infusiones en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • El entrenamiento y capacitación del paciente no están cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusiones en el hogar y medicamentos para este tratamiento que haya suministrado un proveedor calificado en terapia de infusiones en el hogar	profesionales cubiertos por Medicare, incluidos los servicios de enfermería, capacitación y educación, monitoreo remoto y servicios de monitoreo. **Puede que se requiera autorización previa.** Usted paga 20% del total del costo de los medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Cuidados paliativos Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted es elegible para recibir los beneficios del centro de cuidado paliativo cuando su médico y el director médico del centro de cuidado paliativo le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor • Servicios de cuidado de respiro a corto plazo • Atención a domicilio	Cuando se inscribe en un programa de un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare, Original Medicare y no efectúa el pago de los servicios de cuidado paliativo y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal, diferentes a Global Classic (HMO). No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de consultas de cuidados paliativos. Es posible que deba pagar parte del costo de los medicamentos y de los cuidados de relevo.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
Para servicios de centros de cuidado paliativo y para servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que estén relacionados con un pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de cuidado paliativo, y cualquier servicio de la Parte A y de la Parte B relacionado con su afección terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidado paliativo, su proveedor de cuidado paliativo facturará a Original Medicare los servicios pagados por Original Medicare. Para servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que no estén relacionados con un pronóstico terminal: Si necesita servicios que no son requeridos urgentemente, que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de que use un proveedor que forme parte de la red de nuestro plan: • Si recibe servicios cubiertos por un proveedor de la red, solamente paga la suma de costo compartido del plan para servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido conforme al método “pago por cada servicio” de Medicare (Original Medicare). Para servicios que están cubiertos por Global Classic (HMO), pero no por Medicare Parte A o B: Global Classic (HMO) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, ya sea que estén vinculados o no con su pronóstico terminal. Usted paga la suma del costo compartido de su plan por estos servicios. Para medicamentos que se encuentren cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 *(Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare*).	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
Nota: Si necesita cuidado no paliativo (cuidado que no esté relacionado con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para los enfermos terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.	
Vacunas Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía • Inyección contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con inyecciones adicionales si es médicamente necesario • Vacuna contra la Hepatitis B para pacientes de riesgo alto o intermedio de contraer Hepatitis B • Vacuna contra el COVID-19. • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Parte B También se cubren otras vacunas según nuestros beneficios de medicamentos recetados de la Parte D.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe, Hepatitis B y COVIF-19. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Atención en hospital para pacientes internados Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención en un hospital para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado. Nuestro plan cubre hasta 190 días para una internación en hospital por admisión. El plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 190 días, puede utilizar estos	Para cada hospitalización dentro de la red cubierta por Medicare: • Usted abona un copago de $250 por día para los días 1 a 7. • No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen para los días 8 a 90. • No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 91 a 190. Los copagos por servicios hospitalarios se aplican en la fecha de admisión.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 190 días. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería de rutina • Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos y medicinas • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y habitación de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias	Nota: Si es ingresado al hospital en 2021 y no es dado de alta hasta algún momento del 2022, el costos compartido de 2021 se aplicará a ese ingreso hasta que reciba el alta hospitalaria o lo transfieran a un centro de enfermería especializada. **Puede que se requiera autorización previa. Excepto en caso de una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será admitido en el hospital.** Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su situación de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. **Se necesita autorización previa. Excepto en caso de una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será admitido en el hospital.** Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
• En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, someteremos su caso a revisión por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que determinará si usted es candidato para dicho procedimiento. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir ir a una ubicación local siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Original Medicare. Si Global Classic (HMO) provee servicios de trasplante en un lugar fuera de los patrones de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los gastos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • Sangre: incluidas la conservación y administración. • Servicios de médicos **Nota:** Para que usted pase a ser un paciente internado, su proveedor debe redactar una orden para que usted quede formalmente internado en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de su estatus, ya sea como paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja de datos está disponible en la página web en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	fuera de la red después de que se estabilice su situación de emergencia, su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
Atención médica mental para pacientes internados Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención mental que requieren internación en hospital. Nuestro plan cubre hasta 90 días para una internación en hospital por admisión. El plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días.	Por cada hospitalización cubierta por Medicare en un hospital de la red: • Usted abona un copago de $250 por día para los días 1 a 7. • No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen para los días 8 a 90. Los copagos por servicios hospitalarios se aplican en la fecha de admisión. **Puede que se requiera autorización previa. Excepto en caso de una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será admitido en el hospital.** Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su situación de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Hospitalizaciones: Servicios cubiertos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si se le han agotado sus beneficios para pacientes internados o si la estadía del paciente internado no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía de paciente internado. No obstante, en algunos casos cubriremos algunos tipos de servicios que usted reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios de técnicos • Apósitos quirúrgicos	Usted paga los mismos copagos o coseguros por los servicios tal como se detallan en otra parte de esta tabla de beneficios. Usted paga el 100% de los cargos del centro por una hospitalización no cubierta en un hospital o un SNF. Su copago o coseguro por servicios ambulatorios aplicables se aplica a los servicios y suministros cubiertos por Medicare que recibe durante una internación no cubierta en un hospital o un SNF. Consulte los servicios para pacientes ambulatorios en otra parte de esta tabla para conocer los costos.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Dispositivos protésicos y ortóticos (no dentales) que se utilizan para reemplazar un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes) o parte de este, o la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa o parte de esta; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	**Puede que se requiera autorización previa.**
***Beneficio de alimentos** Cubrimos las comidas para los miembros dados de alta de un centro para pacientes internados (hospital, SNF o rehabilitación para pacientes internados). Las internaciones de pacientes ambulatorios en un hospital no cuentan; usted debe ser admitido como paciente internado (si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital). Limitado a 2 comidas por día durante 5 días, para un total de 10 comidas, hasta 4 altas por año.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de alimentos.
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para pacientes diabéticos, con enfermedades renales (del riñón, pero que no realizan diálisis), o después de un trasplante renal cuando lo indique su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Original Medicare) y 2 horas cada año después de esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su orden cada año, si necesita continuar el tratamiento el próximo año natural.	
Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Medicamentos recetados de Medicare Parte B Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y son administrados por inyección o infusión mientras usted recibe servicios de médicos, hospitalarios ambulatorios o de centros de cirugía ambulatoria • Medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia	Usted paga 20% del total del costo de los medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.** Para quimioterapia: Usted paga 20% del costo total por medicamentos y administración cubiertos por la Parte B de Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
• Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A cuando recibió el trasplante de órgano • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, anestésicos tópicos y estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria También cubrimos algunas vacunas según nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y Parte D. En el Capítulo 5, se explican los beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que se cubran sus recetas médicas. En el Capítulo 6, se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.	
Línea de enfermería Un profesional de enfermería está disponible 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los miembros pueden llamar cuando tengan preguntas sobre problemas relacionados con la salud, como síntomas que están experimentando o si deben consultar a un médico o ir a un hospital.	No se aplica un coseguro, copago ni deducible para las consultas de la Línea de enfermería.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
Llame (877) 281-5127 (TTY: 711).	
Examen de detección de obesidad y tratamiento para promover un adelgazamiento constante Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si se le brinda en un entorno de atención médica primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o proveedor médico para averiguar más datos.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Servicios de programas para tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA) para tratamientos asistidos por medicamentos (MAT) • Dispensación y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas Para obtener ayuda para encontrar un programa de tratamiento de opioides certificado, comuníquese con Beacon Health Options al 1-888-434-9202 (TTY: 711) de 7:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de programas de tratamiento de opioides certificados cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías • Análisis de laboratorio • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias (como ecografías, electrocardiogramas, electroencefalogramas)	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios cubiertos por Medicare.
• Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios de técnicos	Usted paga el 20% del costo total de los servicios de radiología cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
• Suministros quirúrgicos, tales como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Sangre: incluidas la conservación y administración.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios y suministros cubiertos por Medicare.
• Estudios del sueño	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estudios del sueño en el hogar cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.** Usted abona un copago de $100 por visita para estudios del sueño cubiertos por Medicare en un entorno del centro para pacientes ambulatorios. **Puede que se requiera autorización previa.**
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, que incluyen, entre otras: ◦ Ecografías	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las ecografías cubiertas por Medicare. Usted paga un copago de $175 por visita por otros servicios cubiertos por

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
◦ Resonancia magnética (RM), tomografía computarizada (TC) y tomografía por emisión de positrones (TEP)	Medicare en un consultorio de un PCP o especialista, en un centro de atención de urgencia o en un centro de radiología preferido (no basado en un hospital). **Es posible que se requiera autorización previa, excepto en el consultorio del PCP.** Usted paga un copago de $250 por visita por servicios cubiertos por Medicare en un centro radiológico no preferido (hospitalario). **Puede que se requiera autorización previa.**
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente interno o si puede ser dado de alta. Para que se cubran los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por una licencia estatal otorgada por ley y estatuto del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de costo compartido por servicios de atención ambulatoria hospitalaria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.	Usted abona un copago de $250 por consulta para servicios de observación cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja de datos está disponible en la página web en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:	Usted paga lo siguiente, según qué servicios recibe.
• Servicios en un departamento de emergencias	Usted paga un copago $120 por visita por todos los servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare recibidos durante la visita. Si lo ingresan al hospital como paciente internado o como paciente ambulatorio en un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar el copago de atención de emergencia. Si recibe servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios en un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar el copago de atención de emergencia. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención durante la hospitalización después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá volver a un hospital de la red para que su

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
	atención siga cubierta o debe recibir su atención durante la hospitalización en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.
• Servicios de observación	Usted abona un copago de $250 por consulta para servicios de observación cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
• Cirugía para pacientes ambulatorios	Usted abona un copago de $250 por consulta para servicios cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios y suministros cubiertos por Medicare.
• Atención de salud mental, que incluye la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de internación sin ella	Usted abona un copago de $55 por día para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
• Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo	Usted abona el 20% del costo total del medicamento y la administración del medicamento. **Puede que se requiera autorización previa.**
Nota: A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
ambulatorio y debe pagar las sumas de costo compartido por servicios de atención ambulatoria hospitalaria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja de datos está disponible en la página web en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención médica mental ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera especializada, auxiliar médico u otro proveedor de atención médica mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado.	Usted abona un copago de $30 por consulta para las sesiones individuales o de grupo cubiertas por Medicare. **Se puede necesitar autorización previa para algunos servicios.**
Servicios de rehabilitación ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).	Usted paga un copago de $30 por visita por terapia ocupacional, fisioterapia y/o terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje en el hogar.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
	Puede que se requiera autorización previa.
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias Los servicios cubiertos incluyen sesiones de asesoramiento individual o grupal, sesiones de asesoramiento sobre dependencia a las sustancias químicas y servicios de telesalud proporcionados por un psicólogo clínico, psiquiatra, médico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, asistente médico u otro profesional de atención de la salud mental calificado por Medicare, con autorización del estado, según lo permitido por las leyes estatales aplicables. Servicios de administración de medicamentos y terapia prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado.	Usted abona un copago de $30 por consulta para las sesiones individuales o de grupo cubiertas por Medicare. **Se puede necesitar autorización previa para algunos servicios.**
Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** En el caso de que se le practique una cirugía en un centro hospitalario, deberá verificar con su proveedor si se lo considerará un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor redacte una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de costo compartido por la cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un "paciente ambulatorio".	Usted paga un copago de $200 por visita por servicios cubiertos por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria. **Puede que se requiera autorización previa.** Usted paga un copago de $250 por visita por servicios cubiertos por Medicare en un departamento de cirugía para pacientes ambulatorios. **Puede que se requiera autorización previa.**
Medicamentos y suministros de venta libre (OTC) Usted es elegible para un beneficio $50 mensual que se utilizará para la compra de productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) disponibles a través de nuestro servicio de venta por correo, incluida la terapia de reemplazo de nicotina. Se permite un pedido en cada periodo de tres meses. El balance que no se utilice no se transfiere al siguiente trimestre. Los precios incluyen envío, manejo e impuesto	Los precios en el catálogo de artículos de venta libre (OTC) se aplican para la asignación de beneficios. Consulte nuestro sitio web www.GlobalHealth.com, para conocer el catálogo.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
a las ventas. Los artículos se pueden comprar solo para el miembro. Algunos artículos podrían requerir una autorización previa. Llame al (888) 628-2770, (TTY: 711) de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 8:00 p. m. para realizar un pedido o para recibir asistencia.	
Servicios de hospitalización parcial "Hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo brindado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental comunitario, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la internación en el hospital. Nota: Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.	Usted abona un copago de $55 por día para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios en un consultorio, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista • Exámenes auditivos y equilibrio básicos realizados por su PCP, si el médico las indica para determinar si requiere tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen exámenes preventivos, consultas, diagnóstico y tratamiento por parte de su PCP.	**Visitas al consultorio del PCP:** No hay ningún coseguro, copago o deducible por los servicios del médico de atención primaria cubiertos por Medicare, excepto las pruebas de diagnóstico especializadas para pacientes ambulatorios y los medicamentos de la Parte B, durante una visita al consultorio o de telesalud. No se aplica ningún coseguro, copago o deducible para ver a un asistente médico, miembro del personal de enfermería profesional u otro proveedor en el consultorio de su PCP.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
◦ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ◦ Llame a su PCP para programar una cita de telesalud. Su PCP puede proporcionar servicios en línea o por teléfono. • Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos brindados por un médico o proveedor médico, están destinados a pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales sobre la insuficiencia renal en etapa terminal de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el domicilio del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o trastorno de salud mental recurrente, independientemente de su ubicación • Chequeos médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) de 5 a 10 minutos de duración con su médico, **si se cumplen las siguientes condiciones**: ◦ no es un paciente nuevo, **y** ◦ el chequeo no está relacionado con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días **y** ◦ el chequeo no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para obtener servicios de telesalud. **Consultas con el especialista:** Usted abona un copago de $30 por visita al consultorio por servicios de especialistas cubiertos por Medicare, excepto pruebas de diagnóstico especializadas para pacientes ambulatorios y medicamentos de la Parte B, durante una visita al consultorio o consulta de telesalud. **Se puede necesitar autorización previa para algunos servicios.** Usted paga un copago de $30 por visita al consultorio o consulta de telesalud para ver a un asistente médico, un miembro del personal de enfermería especializado u otro proveedor en el consultorio de un especialista. **Se puede necesitar autorización previa para algunos servicios.** Las visitas en otras ubicaciones durante las estadías cubiertas por Medicare están incluidos en los costos compartidos para esos servicios. **Puede que se requiera autorización previa.** **Visitas al consultorio para atención preventiva:** Un servicio de atención preventiva no tendrá un copago. Sin embargo, si usted es tratado o controlado por una afección médica existente durante la misma visita, se aplicará el costo compartido.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
• Se realizará una evaluación del video y/o las imágenes que envíe a su doctor, se hará una interpretación de estas y se le realizará un seguimiento médico a las 24 horas **en los siguientes casos**: ◦ no es un paciente nuevo, **y** ◦ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días **y** ◦ la evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por internet o registros electrónicos de salud • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía	**Pruebas de diagnóstico ambulatorias especializadas:** Usted paga un copago aparte de $175 por pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, incluidas, entre otras, resonancia magnética (RM), tomografía computarizada (TC) y tomografía por emisión de positrones (TEP). **Es posible que se requiera autorización previa en el consultorio de un especialista.** **Medicamentos de la Parte B:** Usted paga 20% del total del costo de los medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
• Cuidado dental no rutinario (los servicios cubiertos están limitados a cirugías mandibulares o estructuras relacionadas, reducción de fracturas mandibulares o de huesos faciales, extracción de piezas dentarias para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación de enfermedades neoplásicas malignas o servicios que se cubrirían al ser provistos por un médico)	Usted abona un copago $30 por visita al consultorio para estos servicios dentales cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón en el talón) • Cuidados del pie de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	Usted abona un copago $30 por visita al consultorio para estos servicios de podología cubiertos por Medicare. **Se puede necesitar autorización previa para algunos servicios.**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes – una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Examen de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés)	No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de antígeno prostático específico. **Debe realizarse una prueba de detección de cáncer de próstata a través de su PCP.** Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan todas o una parte o función corporal. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con cuidados de colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos ortopédicos y la reparación y/o el reemplazo de dispositivos ortopédicos. También incluyen cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte “Cuidado para la vista” más adelante en esta sección para obtener más información.	Usted paga un 20% del costo total por dispositivos protésicos externos y suministros médicos relacionados. **Puede que se requiera autorización previa.**
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada o muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.	Usted paga un copago $30 por visita de paciente ambulatorio para estos servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos exámenes de detección por consumo inadecuado de alcohol para adultos con Medicare (incluso	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
embarazadas) que consumen alcohol en forma inadecuada, pero no son alcohólicos. Si se le diagnostica que usted abusa del alcohol en forma inadecuada, puede recibir hasta cuatro sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o proveedor médico calificados en un entorno de atención médica primaria.	Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Examen preventivo de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT) Para las personas calificadas, una LDCT está cubierta cada 12 meses. **Los miembros elegibles son**: personas de 55 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 30 paquetes-año y que actualmente fuman y han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para LDCT durante un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y una consulta de toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y proporcionada por un médico o profesional no médico calificado. *Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón de LDCT después del examen preventivo de LDCT inicial:* el miembro debe recibir una orden escrita para LDCT que puede ser proporcionada durante cualquier consulta adecuada a un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por proporcionar un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida para exámenes preventivos posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para dichas consultas.	No hay coseguro, copago ni deducible para el asesoramiento y la consulta de toma de decisión compartida cubiertos por Medicare o para la LDCT. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos exámenes de detección para infecciones de transmisión sexual (STI): clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de STI cuando un proveedor de atención primaria les solicita una prueba. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones presenciales individuales por año, de asesoramiento conductual intensivo, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos con alto riesgo de STI. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio médico preventivo si son provistas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como por ejemplo, el consultorio de un médico.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para beneficio preventivo de infecciones de transmisión sexual cubiertos por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen:	Usted paga lo siguiente, según qué servicios recibe.
• Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con una remisión, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales en toda la vida. • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio)	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por los servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare, incluido el entrenamiento de autodiálisis.
• Tratamientos de diálisis en pacientes hospitalizados (si se lo interna en un hospital para recibir cuidados especiales)	Sin cargo adicional. Consulte “Atención en hospital para pacientes internados” en esta Tabla de

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
	Beneficios Médicos para conocer la distribución de costos. **Puede que se requiera autorización previa.**
• Tratamientos de diálisis ambulatorios, (incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3) • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme a sus beneficios de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección "Medicamentos recetados de Medicare Parte B".	Usted paga el 20% del costo total por servicios de apoyo y tratamiento de diálisis para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Atención en centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) (La definición de "atención en centros de enfermería especializada" se incluye en el Capítulo 12 de este folleto. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan "SNF"). No es necesaria una hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	Para internaciones en centros de enfermería especializada cubiertas por Medicare por período de beneficios: • No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen para los días 1 a 20. • Usted abona un copago de $184 por día para los días 21 a 100. Un período de beneficios comienza el día en que es ingresado como paciente internado o en un SNF y finaliza cuando no ha recibido atención durante una hospitalización o en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
• Los medicamentos que se deben administrar como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación) • Sangre: incluidas la conservación y administración. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF • Pruebas de laboratorio normalmente provistas por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF • Servicios de médicos/proveedores médicos En general, recibirá atención de SNF en los centros que forman parte de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones como las que se enumeran a continuación, usted podrá pagar los costos compartidos dentro de la red si elige un centro que no es proveedor del plan, solo si el centro acepta las sumas de pago establecidos de nuestro plan. • Una casa de reposo o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital	finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios. **Puede que se requiera autorización previa.**
Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio médico preventivo	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.	
Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por los beneficios para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare de su PCP de la red o de un profesional de salud mental o abuso de sustancias para pacientes ambulatorios en una visita al consultorio. Usted abona un copago $30 por visita al consultorio con un especialista de la red Los medicamentos están cubiertos según sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte el Capítulo 6 para conocer su distribución de costos. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Terapia de Ejercicio Supervisada (SET) La SET está cubierta para los miembros que tienen la enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos para el programa SET. El programa SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico	Usted paga un copago $30 por visita de paciente ambulatorio para los servicios de SET cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
• Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, o una enfermera clínica/enfermera practicante que deben estar entrenados en técnicas de auxilio vital básicas y avanzadas SET puede tener cobertura de hasta más de 36 sesiones en un período de más de 12 semanas para un adicional de 36 sesiones en un período extendido de tiempo si el proveedor de atención de la salud lo considera médicamente necesario.	
***Transporte** Transporte terrestre sin carácter de emergencia para obtener atención y servicios médicamente necesarios según los beneficios del plan. • Los lugares aprobados por el plan se limitan a: ◦ Consultas con el médico ◦ Citas de laboratorio ◦ Citas de diálisis de quimio/terapia de rayos X/de la terapia de los rayos X. ◦ Visitas hospitalarias ambulatorias ◦ Citas de servicios preventivos para pacientes ambulatorios • Los viajes están limitados a 12 viajes de ida por año, un viaje de ida y vuelta equivale a 2 viajes de ida y vuelta • Los viajes están limitados a 50 millas de ida • Llame con al menos 72 horas de anticipación para programar viajes de rutina. Llame en cualquier momento para viajes urgentes • Se permite un acompañante por viaje (el acompañante debe tener al menos 18 años de edad)	No se aplica coseguro, copago ni deducible. **Puede que se requiera autorización previa.** *Cualquier monto que pague que sea superior al límite del plan o que no esté en el área de cobertura no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
Para obtener más información sobre las áreas aprobadas del plan, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Para solicitar transporte, llame al (877) 565-1637.	
Servicios requeridos urgentemente Los servicios requeridos urgentemente se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica que no es de emergencia, imprevista, que requiere atención médica inmediata. Los servicios requeridos urgentemente pueden proveerse por medio de proveedores de la red o proveedores fuera de la red, en caso de que los proveedores de la red no estuvieran disponibles o no fuera posible acceder a ellos momentáneamente. Los costos compartidos para servicios requeridos urgentemente necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red. Los servicios urgentemente necesarios solo están cubiertos dentro de los Estados Unidos y sus territorios.	**Visitas de urgencia:** Usted abona un copago de $65 por visita por servicios urgentemente necesarios cubiertos por Medicare, excepto las pruebas de diagnóstico especializadas, durante la visita. **Pruebas de diagnóstico especializadas:** Usted paga un copago de $175 por pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, incluidas, entre otras, resonancia magnética (RM), tomografía computarizada (TC) y tomografía por emisión de positrones (TEP).
***Cobertura a nivel mundial para servicios de atención de urgencia.** • Esto incluye atención de emergencia o requerida urgentemente • El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. • No se cubren los tratamientos previamente programados y planificados (incluida la diálisis para una afección en curso) ni los procedimientos electivos. • Los servicios prestados por un dentista no están cubiertos	Usted paga $120 un copago por visita por servicios urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted está cubierto hasta $50,000 por año para servicios de emergencia o urgentemente necesarios (combinados) fuera de los Estados Unidos. *Las sumas que paga por los servicios requeridos urgentemente no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su propio bolsillo. Cualquier monto que pague que sea superior al límite del plan no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
Cuidado para la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de médico ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto	Usted paga un copago de $30 por visita por exámenes de especialistas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo. **Se puede necesitar autorización previa para algunos servicios.**
• Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan cubre un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: pacientes con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticos, pacientes afroamericanos de 50 años de edad y más e hispánicos estadounidenses que tienen 65 años de edad o más. • Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes cubiertos por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya 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)	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas. Los anteojos pueden ser solo lentes, solo marcos o par completo (monturas y lentes). Debe obtener los anteojos de un proveedor de EyeMed.
• Un examen ocular de rutina complementario por año a ser ajustado para anteojos o lentes de contacto.	No se aplica coseguro, copago ni deducible.

• *Elección de anteojos o lentes de contacto.
  • Los anteojos pueden ser:
  ◦ Pares (monturas y lentes).
  ◦ Lentes únicamente
  ◦ Solo monturas
	No se aplica coseguro, copago ni deducible.
	Solo pagaremos hasta un total de $100 por anteojos suplementarios por año. Si el valor de los anteojos que compra es más elevado que este monto

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando usted recibe estos servicios
• Adaptación para anteojos o lentes de contacto Nota: Las mejoras, como lentes progresivos o el tintado, no están cubiertas.	permitido, usted paga el monto que excede esta asignación. *Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo. Debe obtener los anteojos de un proveedor de EyeMed.
Consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare" El plan cubre una consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" por única vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios médicos preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas), y remisiones para otro tipo de atención, si es necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" únicamente en los primeros 12 meses en que tiene Medicare Parte B. Cuando programe su cita, informe al personal del consultorio de su médico que desearía programar una consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare".	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare". No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por un electrocardiograma cubierto por Medicare de una sola vez si se solicita como resultado de su visita preventiva de "Bienvenida a Medicare". Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.

Beneficios dentales complementarios obligatorios

Asignación anual máxima: $1,000

Una vez que se haya agotado la asignación máxima anual, usted deberá pagar los cargos restantes.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Teledentistry • D9995, D9996	0 %
Exámenes: de rutina e integrales • D0120, D0160, o D0170 se limitan a dos cada 12 meses. • D0150 o D0180 se limitan a uno cada 36 meses.	0 %

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Exámenes: examen oral limitado • D0140 se limita a 3 cada 12 meses	0 %
Radiografías y diagnósticos: de aleta de mordida, panorámica, intraoral • D0210, D0330 o D0277 se limitan a uno cada 36 meses • D0220 se limita a uno por fecha de servicio • D0230 cada imagen adicional • D0240 se limita a dos cada 24 meses. • D0270, D0272, D0273 o D0274 tienen un límite de uno cada 12 meses	0 %
Limpiezas: estándar y períodontales • D1110, D4346, o D4910 se limitan a dos cada 12 meses. • D4910 se limita a dos cada 12 meses.	0 %
Tratamiento con flúor • D1206 o D1208 se limitan a dos cada 12 meses.	0 %
Tratamiento paliativo (de emergencia) • D9110 no se permite con algo que no sea D0140 y radiografías	0 %
Empastes • D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, o D2394 se limitan a un arreglo por diente, por superficie, una vez en 24 meses.	30 %
Otros servicios de periodoncia: raspado y alisado radicular; desbridamiento de toda la boca • *D4341 o D4342 se limitan a uno por cuadrante cada 36 meses. • D4355 se limita a uno cada 36 meses.	30 %
Extracciones • D7140, *D7210, D7220, D7230, D7240, D7241, *D7250 o *D7251 se limitan a uno por diente de por vida.	30 %

*Requiere revisión médica

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

En esta sección, se describen los beneficios "excluidos" de la cobertura de Medicare y que, por lo tanto, este plan no cubre. Que un servicio esté "excluido" significa que este plan no cubre el servicio.

En el siguiente gráfico, se describen los servicios y suministros que no están cubiertos bajo ningún concepto y que están cubiertos solamente en ciertas situaciones.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagar por ellos. No pagaremos por los servicios médicos excluidos enumerados en la siguiente tabla, excepto bajo las condiciones específicas mencionadas. Única excepción: pagaremos en caso de que un servicio de la siguiente tabla sea un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto por su situación en particular. (Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación cuando hemos determinado que no nos corresponde cubrir un servicio médico, lea el Capítulo 9, Sección 5.3 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones sobre los servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la siguiente tabla.

Incluso cuando reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, estos no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura		✓ Cubierto para dolor lumbar crónico
Cirugías o procedimientos cosméticos		✓ Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro corporal deforme. Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción para las mamas después de una mastectomía, incluso en la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.
Los cuidados de custodia son cuidados que se brindan en una residencia para ancianos, un centro de cuidado paliativo u otra instalación, cuando usted no requiere atención médica	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia es la atención personal que no requiere la atención constante de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, cuidados que ayudan al paciente con actividades de la vida cotidiana, tales como bañarse o vestirse.		
Procedimientos, equipos y medicamentos quirúrgicos y médicos experimentales. Los procedimientos y suministros experimentales son aquellos suministros y procedimientos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según nuestro plan u Original Medicare.		✓ Pueden estar cubiertos por Original Medicare 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).
Los honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.	✓	
Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.	✓	
Los servicios domésticos incluyen ayuda con las tareas domésticas básicas, incluidas la limpieza ligera o la preparación de comidas básicas.	✓	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Cuidado dental no rutinario		✓ La atención odontológica requerida para el tratamiento de una enfermedad o de una lesión puede estar cubierta como atención médica ambulatoria o durante hospitalización.
Calzado ortopédico		✓ Si el calzado es parte de un dispositivo ortopédico de pierna y que esté incluido en el costo del dispositivo o el calzado para personas con pie diabético.
Elementos de uso personal en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisión.	✓	
Sala privada en un hospital.		✓ Solo cubierto cuando es médicamente necesario.
Anulación de procedimientos de esterilización y/o dispositivos anticonceptivos no recetados.	✓	
Atención quiropráctica de rutina		✓ Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.
Cuidado de los pies de rutina		✓ Cierta cobertura limitada suministrada de conformidad con las pautas de Medicare, (p. ej., en caso de diabetes).
Servicios considerados no razonables y necesarios, según las reglas de Original Medicare.	✓	
Dispositivos de soporte para pies		✓

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
		Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.

CAPÍTULO 5

Utilización de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Capítulo 5. Utilización de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 113
Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D 113
Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura del plan de medicamentos de la Parte D 114

SECCIÓN 2 Adquiera el medicamento recetado de una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan 114
Sección 2.1 Para que su receta esté cubierta, utilice una farmacia de la red 114
Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red 115
Sección 2.3 Utilización de los servicios de pedidos por correo del plan 116
Sección 2.4 ¿Cómo obtener un suministro prolongado de medicamentos? 118
Sección 2.5 Casos en que usted puede usar una farmacia que no está en la red del plan 118

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la “lista de medicamentos” del plan 119
Sección 3.1 La “lista de medicamentos” le informa sobre los medicamentos Parte D que están cubiertos 119
Sección 3.2 Hay cinco “categorías de costo compartido” para los medicamentos en la lista de medicamentos 120
Sección 3.3 Cómo verificar si un medicamento en particular está incluido en la lista de medicamentos 121

SECCIÓN 4 Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 121
Sección 4.1 ¿Por qué existen restricciones para algunos medicamentos? 121
Sección 4.2 ¿Cuáles son las restricciones? 122
Sección 4.3 ¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos? 123

SECCIÓN 5 ¿Qué hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted lo gustaría que lo estuviera? 123
Sección 5.1 Existen ciertos recursos a su disposición si uno de sus medicamentos no es cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera 123
Sección 5.2 ¿Qué hacer si su medicamento no está en la lista de medicamentos o si existen ciertas restricciones para el medicamento? 124
Sección 5.3 ¿Qué hacer si su medicamento está en una categoría de costo compartido que usted considera muy alta? 126

SECCIÓN 6 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted utiliza? ... 127
Sección 6.1 La lista de medicamentos puede cambiar durante el año ... 127
Sección 6.2 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted está tomando? ... 127

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? ... 129
Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos ... 129

SECCIÓN 8 Presente su tarjeta de membresía del plan cuando adquiera un medicamento recetado ... 131
Sección 8.1 Presente su tarjeta de membresía ... 131
Sección 8.2 ¿Qué hacer si no tiene su tarjeta de membresía con usted? ... 131

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales ... 131
Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted está internado en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan? ... 131
Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted está internado en un centro de atención a largo plazo (LTC)? ... 132
Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura por medicamentos de un plan de empleador o de un grupo de jubilados? ... 132
Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare? ... 133

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos ... 134
Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura ... 134
Sección 10.2 Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura ... 134
Sección 10.3 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos ... 135

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

El programa de "Ayuda Adicional" ofrece asistencia económica a personas de bajos recursos para la compra de sus medicamentos. Para obtener más información, lea el Capítulo 2, Sección 7.

¿Usted actualmente recibe asistencia económica para la compra de sus medicamentos?

Si está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que alguna parte de la información en esta *Evidencia de la cobertura* sobre costos de medicamentos recetados Parte D no sea aplicable a su caso.** Le hemos enviado un anexo, titulado "Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para la compra de medicamentos recetados" (también conocida como "Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional LIS"), que describe la cobertura por medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida su "cláusula adicional LIS". (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo **describe las reglas para la utilización de su cobertura para medicamentos de la Parte D**. En el próximo capítulo, se le informa acerca de lo que usted debe pagar por sus medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de la cobertura por medicamentos de la Parte D, Global Classic (HMO) también cubre algunos medicamentos según los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de los beneficios de Medicare Parte A, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que recibe durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de su cobertura de beneficios Medicare Parte B, nuestro plan cubre ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables administrados durante una visita al consultorio y los medicamentos administrados en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, servicios cubiertos y lo que usted debe pagar*), se describen los beneficios y costos de medicamentos durante una estadía cubierta en un hospital o en un centro de enfermería especializada, así como los costos y beneficios para los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si usted se encuentra en un centro de cuidado paliativo de Medicare. Nuestro plan solo cubre servicios y medicamentos de Medicare Partes A, B y D no relacionados con su pronóstico terminal y condiciones relacionadas, por ende, no cubiertos por el beneficio paliativo de Medicare. Para obtener más información, consulte la

Sección 9.4 *(Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare)*. Para obtener información acerca de la cobertura paliativa, consulte la sección relacionada con el centro de cuidado paliativo incluida en el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, servicios cubiertos y lo que usted debe pagar*).

En las siguientes secciones, se describe la cobertura de sus medicamentos según las normas del beneficio de la Parte D del plan. En la Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales,* se incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

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

El plan generalmente cubre sus medicamentos siempre que usted cumpla las siguientes normas básicas:

- Un proveedor de la red (un médico, dentista u otro recetador) debe escribir su receta médica.
- Su recetador deberá aceptar Medicare o presentar la documentación a CMS para comprobar que se encuentra calificado para realizar recetas médicas; de lo contrario, su reclamo de la Parte D será denegado. Deberá consultarle a su recetador si cumple con estas condiciones la próxima vez que se comunique con él o que realice una consulta. En caso negativo, tenga en cuenta que a su recetador le lleva tiempo presentar los papeles necesarios para su tramitación.
- Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- El medicamento debe figurar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (la llamamos en forma abreviada “lista de medicamentos”). (Lea la Sección 3: *Sus medicamentos deben estar incluidos en la “lista de medicamentos” del plan*).
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Una “indicación médica aceptada” consiste en el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o avalado por determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada).

SECCIÓN 2 Adquiera el medicamento recetado de una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1 Para que su receta esté cubierta, utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si adquiere los medicamentos en las farmacias de la red del plan. (Lea la Sección 2.5 para obtener más información acerca de en qué situaciones cubriremos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red).

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

Nuestra red incluye farmacias que ofrecen costos compartidos estándar y farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos. Puede ir a cualquier tipo de farmacia de la red para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Sus costos compartidos pueden ser menores en las farmacias con costos compartidos preferidos.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestra página web (www.GlobalHealth.com) o llamar a Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Sin embargo, sus costos pueden ser incluso menores para sus medicamentos cubiertos si usa una farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos en lugar de una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar. El *Directorio de farmacias* le indicará qué farmacias de la red ofrecen costos compartidos preferidos. Puede encontrar más información sobre cómo sus gastos de su propio bolsillo podrían ser diferentes para medicamentos diferentes si se comunica con nosotros. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita la renovación de un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor le expida una nueva receta médica o que la receta sea transferida a su nueva farmacia de la red.

¿Qué hacer si una farmacia que usted utiliza normalmente deja de pertenecer a la red?

Si la farmacia que usted utiliza normalmente deja de pertenecer a la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. O si la farmacia que usted ha estado usando permanece dentro de la red pero ya no ofrece costos compartidos preferidos, es posible que prefiera cambiarse a otra farmacia. Para buscar otra farmacia de la red en su área, puede pedir asistencia a Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) o utilizar el *Directorio de farmacias*. También puede obtener esta información ingresando a nuestra página web www.GlobalHealth.com.

¿Qué hacer si necesita una farmacia especializada?

A veces, necesitará adquirir sus medicamentos en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusiones en el hogar.

- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de centros de atención a largo plazo. Generalmente, un centro de atención a largo plazo o LTC, (como una residencia para ancianos) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D en forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias LTC, que es generalmente la farmacia que utiliza la instalación LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, consulte con Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias de Servicios de Salud para Indígenas Americanos o del Programa de salud tribal/indígena/urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o nativos de Alaska tendrán acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que expenden ciertos medicamentos restringidos por la FDA para ciertos lugares, o que requieren manipulación extraordinaria, coordinación con el proveedor o capacitación para su uso. (Aviso: estos casos suceden con muy poca frecuencia).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame a Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 2.3 Utilización de los servicios de pedidos por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. En general, los medicamentos provistos a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma en forma regular, por una afección médica crónica o prolongada. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están marcados con “NM” (no disponible para pedidos por correo en nuestra lista de medicamentos).

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de **hasta 100 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, visite nuestro sitio web, www.GlobalHealth.com, o llame al número gratuito del el Departamento de Servicios para Miembros de CVS Caremark al 1-844-449-0360, TTY marque 711.

Por lo general, una farmacia de pedidos por correo le enviará el pedido en menos de 10-15 días. En el improbable caso de que haya un retraso significativo con su medicamento recetado de venta por correo, nuestro servicio de pedido por correo trabajará con usted y con una farmacia de la red para ofrecerle un suministro temporal de su medicamento recetado de venta por correo.

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

- Usted utilizó los servicios de venta por correo con este plan en el pasado.

- Usted se inscribe para la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar el envío automático de todas las nuevas recetas ahora o en cualquier momento si continúa pidiéndole a su médico que nos envíe sus recetas. No se necesita una solicitud especial. Puede comunicarse al número gratuito del el Departamento de Servicios para Miembros de CVS Caremark al 1-844-449-0360, TTY: marque 711.

Si recibe una receta automáticamente por correo que no desea y no fue contactado para saber si la quería antes de que se enviara, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el servicio de pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando al número gratuito del el Departamento de Servicios para Miembros de CVS Caremark al 1-844-449-0360, TTY: marque 711.

Si nunca ha utilizado el servicio de entrega de pedidos por correo o decide interrumpir automáticamente el surtido de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para comprobar si desea que se le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Esto le permitirá asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluidas la concentración, cantidad y forma) y, de ser necesario, cancelar o retrasar la orden antes de que se le cobre y se envíe. Es importante que responda cada vez que es contactado por la farmacia, para informarles qué hacer con la nueva receta médica y evitar demoras en el envío.

Para darse de baja del servicio de envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al número gratuito del el Departamento de Servicios para Miembros de CVS Caremark al 1-844-449-0360, TTY marque 711.

Renovaciones para recetas médicas enviadas por correo postal. Para el resurtido de sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático llamado ReadyFill at Mail®. Con este programa, comenzaremos a procesar su próxima renovación automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que se está quedando sin medicamento. La farmacia lo contactará antes de enviar cada renovación para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted podrá cancelar los resurtidos programados si todavía tiene medicación suficiente o si le han cambiado el medicamento. Si elige no utilizar el programa de renovación automática, contáctese con su farmacia 10-15 días antes de que se terminen sus medicamentos para asegurarse de que el siguiente pedido se envíe a tiempo.

Para cancelar su suscripción a ReadyFill at Mail®, que prepara automáticamente los resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a la línea gratuita del el Departamento de Servicios para Miembros de CVS Caremark al 1-844-449-0360, TTY marque 711.

Para que la farmacia pueda contactarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de que la farmacia conozca la mejor forma de contactarse con usted. Llame a la línea gratuita del el Departamento de Servicios para Miembros de CVS Caremark al 1-844-449-0360,

TTY marque 711, o inicie sesión en su cuenta de Caremark.com para proporcionarnos su información de contacto preferida.

Sección 2.4 ¿Cómo obtener un suministro prolongado de medicamentos?

Cuando usted adquiere un suministro prolongado de medicamentos, su parte del costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de obtener suministros prolongados (también llamado "suministro extendido") de medicamentos de "mantenimiento" en nuestra lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma en forma regular, por una afección médica crónica o prolongada). Puede solicitar este suministro por correo (consulte la Sección 2.3) o puede dirigirse a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias minoristas (que ofrecen costos compartidos preferidos) pueden aceptar un monto de costo compartido inferior para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Es posible que otras farmacias minoristas no acepten los montos de costos compartidos más bajos para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted será responsable de la diferencia de precio. Su *Directorio de farmacias* le indica cuáles farmacias dentro de la red le pueden entregar un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. También puede comunicarse con Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).
2. Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar los **servicios de pedidos por correo** de la red del plan. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están marcados con "NM" (no disponible para pedidos por correo en nuestra lista de medicamentos). El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de hasta 100 días. Lea la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo utilizar nuestros servicios de envío por correo.

Sección 2.5 Casos en que usted puede usar una farmacia que no está en la red del plan

Su receta médica puede estar cubierta en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede adquirirlos en una farmacia de la red. Para ayudarlo, ofrecemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede adquirir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. De no poder utilizar nuestra red de farmacias, estos son los casos en que cubrimos medicamentos recetados adquiridos en una farmacia fuera de la red:

1. Para calificar para el beneficio de reclamación de farmacia fuera de la red, debe haber experimentado uno de los siguientes:

- No es posible acceder de manera oportuna a una farmacia abierta de la red dentro de una distancia razonable en automóvil.

- El medicamento no está en existencia en una farmacia minorista de la red accesible ni en una farmacia de pedidos por correo.
- El medicamento es dispensado por una farmacia basada en una institución fuera de la red mientras se encuentra en una sala de emergencias, una clínica de un proveedor, una cirugía ambulatoria u otro centro de atención urgente para pacientes ambulatorios.
- Se lo desplaza del lugar de residencia debido a un desastre federal u otra emergencia de salud pública, y no puede obtener razonablemente un medicamento de la Parte D en una farmacia de la red.

2. Las recetas surtidas en farmacias fuera de la red se limitan a un suministro de un mes, a menos que circunstancias extraordinarias, aprobadas por nuestro director médico, justifiquen suministros adicionales.

3. Las recetas surtidas en farmacias ubicadas fuera de los Estados Unidos y sus territorios no están cubiertas.

En estas situaciones, **le rogamos que primero se comunique con Departamento de Servicios para Miembros** para que le informen si existe una farmacia de la red cerca de usted. (Los números de teléfono de Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo puede solicitar un reembolso del plan?

Si usted debe adquirir un medicamento en una farmacia fuera de la red, generalmente usted deberá pagar el costo total (en lugar de pagar su parte normal del costo) en el momento que adquiere el medicamento. Usted podrá solicitar el reembolso de nuestra parte del costo. (En el Capítulo 7, Sección 2.1, se explica cómo solicitar el reintegro al plan).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la “lista de medicamentos” del plan

Sección 3.1 La “lista de medicamentos” le informa sobre los medicamentos Parte D que están cubiertos

El plan establece una “*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)”.* En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos en forma abreviada “Lista de medicamentos”.**

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

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son solo aquellos cubiertos por Medicare Parte D (en la Sección 1.1 al comienzo de este capítulo se explican los medicamentos de la Parte D).

Generalmente cubrimos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan siempre que usted cumpla con las demás normas de cobertura especificadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médica aceptada. Una "indicación médica aceptada" consiste en el uso de un medicamento *que*:

- está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos. (es decir que la Administración de Medicamentos y Alimentos haya aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para los que se ha recetado).
- *o* apoyado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, actúa con la misma eficacia que el medicamento de marca, pero su costo es menor. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para la mayoría de los medicamentos de marca.

¿Cuáles son los medicamentos que *no* están en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, las leyes no permiten que el plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, lea la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.

Sección 3.2 Hay cinco "categorías de costo compartido" para los medicamentos en la lista de medicamentos

Todos los medicamentos en la Lista de medicamentos del plan se incluyen en una de las cinco categorías de costo compartido. En general, cuanto más alta es la categoría de costo compartido, mayor es el costo que le corresponde a usted por el medicamento:

- Categoría de costo compartido 1: Medicamentos genéricos preferidos: el nivel 1 es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos y medicamentos de marca preferidos.
- Categoría de costo compartido 2: Medicamentos genéricos: el nivel 2 incluye medicamentos genéricos y de marca.
- Categoría de costo compartido 3: Medicamentos de marca preferidos: el nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- Categoría de costo compartido 4: Medicamentos no preferidos: el nivel 4 incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.

- Categoría de costo compartido 5: Medicamentos especializados: el nivel 5 es el nivel más alto. Contiene medicamentos genéricos y de marca de muy alto costo, que pueden requerir un manejo especial y/o un control estricto.

Para conocer en qué categoría de costo compartido se encuentra su medicamento, consulte la lista de medicamentos del plan.

La suma que usted paga por los medicamentos en cada categoría de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Parte que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Sección 3.3 Cómo verificar si un medicamento en particular está incluido en la lista de medicamentos

Existen tres maneras de verificar esto:

1. Consulte la lista de medicamentos más reciente que le enviamos de manera electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (www.GlobalHealth.com). La lista de medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
3. Comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros para verificar si un medicamento en particular está incluido en la lista de medicamentos o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué existen restricciones para algunos medicamentos?

Para ciertos medicamentos recetados, existen algunas normas especiales que establecen restricciones de cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos de la manera más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar costos generales de medicamentos para mantener la cobertura de sus medicamentos más accesible.

En general, nuestras normas recomiendan que usted adquiera un medicamento que sea seguro y eficaz, y que esté indicado para su afección médica. Cuando un medicamento seguro de menor valor presenta la misma eficacia médica que un medicamento de mayor valor, las normas del plan están diseñadas para recomendar que usted y su proveedor utilicen ese medicamento de menor valor. También debemos cumplir las normas y reglas de Medicare que rigen la cobertura de medicamentos y el costo compartido.

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir algunos pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea que solicitemos una renuncia a la restricción aplicada a su caso, deberá utilizar el proceso de decisión

de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar solicitar una renuncia a la restricción aplicada a su caso, o no hacerlo. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

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

Sección 4.2 ¿Cuáles son las restricciones?

Nuestro plan establece diferentes tipos de restricciones para que nuestros miembros utilicen sus medicamentos de la manera más eficaz. En las siguientes secciones, se incluye más información sobre los tipos de restricciones que establecemos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando se encuentra disponible una versión genérica

Por lo general, un medicamento "genérico" posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca pero, generalmente, su costo es inferior. **En la mayoría de los casos, cuando una versión genérica de un medicamento de marca está disponible, nuestras farmacias de la red le proveerán la versión genérica.** En general, no cubrimos un medicamento de marca cuando se encuentra disponible una versión genérica. Sin embargo, si su proveedor nos informa que existe una razón médica que demuestra que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos serán eficaces para tratar la misma condición, entonces cubriremos el costo del medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor si adquiere el medicamento de marca en lugar del medicamento genérico).

Obtención de aprobación previa del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan antes de que aceptemos ofrecer cobertura por el medicamento. Esto se llama "**autorización previa**". A veces el requisito de obtener aprobación previa sirve para guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene dicha aprobación, el medicamento posiblemente no será cubierto por el plan.

Probar primero con un medicamento diferente

Este requisito recomienda que usted pruebe medicamentos menos costosos, pero generalmente con la misma eficacia antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se utilizan para tratar la misma afección médica, el plan puede indicarle que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no produce los efectos deseados para usted, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama "**terapia escalonada**".

límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener mediante la limitación de la cantidad de medicamentos que puede obtener cada vez que adquiere su medicamento recetado. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de un medicamento en particular, podemos limitar la cobertura del medicamento recetado a no más de un comprimido por día.

Sección 4.3 ¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?

La lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para saber si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted utiliza o desea utilizar, consulte la lista de medicamentos. Para obtener información más actualizada, llame a Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) o visite nuestro sitio web (www.GlobalHealth.com).

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir algunos pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Si el medicamento que desea tomar tiene una restricción, debe comunicarse con Departamento de Servicios para Miembros para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que solicitemos una renuncia a la restricción aplicada a su caso, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar solicitar una renuncia a la restricción aplicada a su caso, o no hacerlo. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted lo gustaría que lo estuviera?

Sección 5.1 Existen ciertos recursos a su disposición si uno de sus medicamentos no es cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera

Esperamos que la cobertura de su medicamento funcione correctamente para usted. Sin embargo, es posible que haya un medicamento recetado que toma actualmente, o un medicamento que su recetador considere que debe tomar, que no se encuentre en nuestro formulario o que se encuentre en el formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O quizás, una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la marca que usted desea tomar no está cubierta.

- El medicamento está cubierto, pero se establecen normas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento. Como se explica en la Sección 4, existen ciertas normas adicionales que establecen restricciones para el uso de algunos medicamentos cubiertos por el plan. Por ejemplo, se le podrá solicitar a usted probar un medicamento diferente primero para ver si es eficaz, antes de que el medicamento que usted desea tomar sea cubierto. O pueden existir límites para la cantidad del medicamento (cantidad de comprimidos, etc.) cubierta durante un período específico. En algunos casos, puede pedirnos que solicitemos una renuncia a la restricción aplicada a su caso.
- El medicamento está cubierto, pero está en una categoría de costo compartido que establece una suma mayor de lo que usted piensa que corresponde. El plan coloca cada medicamento cubierto en una de las cinco categorías de costo compartido diferentes. La suma que usted paga por el medicamento recetado depende en parte de la categoría de costo compartido en el que se encuentra ese medicamento.

Existen ciertos recursos a su disposición si su medicamento no es cubierto en la forma en que a usted le gustaría que fuera cubierto. Sus opciones dependen del tipo de cuadro que presenta:

- Si el medicamento que usted utiliza no está en la lista de medicamentos o si existen restricciones para este medicamento, lea la Sección 5.2 para conocer cuáles son los recursos a su disposición.
- Si su medicamento está en una categoría de costos compartidos que hace que el costo sea mayor del que considera correcto, lea la Sección 5.3 para conocer qué recursos están a su disposición.

Sección 5.2 ¿Qué hacer si su medicamento no está en la lista de medicamentos o si existen ciertas restricciones para el medicamento?

Si el medicamento que usted utiliza no está en la Lista de medicamentos o existen ciertas restricciones, usted podrá hacer lo siguiente:

- Adquirir un suministro provisional del medicamento (solo miembros en ciertas situaciones pueden adquirir un suministro provisional). Esto le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud a fin de que se cubra el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o retire las restricciones del medicamento.

Usted puede obtener un suministro provisional

En ciertas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando existen ciertas restricciones aplicables a su medicamento. Esto le dará tiempo para consultar con su proveedor por el cambio en la cobertura y para decidir cómo proceder.

Debe reunir los siguientes dos requisitos para ser elegible para recibir un suministro provisional:

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

- El medicamento que usted ha estado tomando ya **no está en la Lista de medicamentos del plan**.
- - O - el medicamento que usted ha estado tomando **ahora tiene ciertas restricciones** (en la Sección 4 de este capítulo, se describen las restricciones).

2. Usted debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado:**

  Cubriremos un suministro provisional de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si es un miembro nuevo y durante los primeros 90 días del año natural si ya estaba inscrito en el plan el año anterior**. Este suministro provisional se otorgará por hasta 30 días. Si su receta médica está escrita por menos días, entregaremos varias renovaciones para proporcionar hasta un suministro máximo de 30 días de medicamentos. El medicamento recetado debe ser adquirido en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios).

- **Para miembros que están en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro inmediatamente:**

  Cubriremos un suministro por 31 días de un medicamento en particular o menos si su receta es por menos días. Esto es además de la situación del suministro temporal anterior.

- **Para miembros actuales con un cambio en su nivel de atención:**
  - Si experimenta un cambio en su entorno de atención (como ser dado de alta o ingresado en un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar un suministro temporal del medicamento. Este suministro temporal (hasta 31 días) le dará tiempo para hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura.

Para solicitar un suministro provisional, llame a Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Durante el período en el que usted recibe un suministro provisional de un medicamento, usted deberá consultar con su proveedor para decidir qué hará cuando haya terminado el suministro provisional. Puede cambiar el medicamento por uno diferente que esté cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual. En las siguientes secciones, brindamos más información sobre estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Probablemente, exista otro medicamento cubierto por el plan con el mismo mecanismo de acción. Puede llamar a Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de

utilidad para usted. (Los números de teléfono de Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Usted puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan una excepción para su caso a fin de que cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría que lo cubriera. Si su proveedor determina que por su cuadro médico se justifica solicitarnos una excepción, su proveedor puede asistirlo para solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, usted puede solicitar que el plan cubra un medicamento aunque este no se encuentre en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar al plan una excepción para que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es actualmente miembro y un medicamento que está tomando será eliminado del formulario o se le aplicará alguna restricción el año siguiente, le permitiremos solicitar una excepción de formulario por anticipado para el año siguiente. Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas luego de recibir su solicitud (o la declaración de apoyo del recetador). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, deben leer el Capítulo 9, Sección 6.4 para obtener más información sobre cómo proceder. En este, se explican los procedimientos y las fechas límite máximas establecidas por Medicare para que su solicitud se gestione con la mayor brevedad posible y de manera justa.

Sección 5.3 ¿Qué hacer si su medicamento está en una categoría de costo compartido que usted considera muy alta?

Si su medicamento está en una categoría de costo compartido que considera muy alta, podrá hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en una categoría de costo compartido que considera muy alta, comience por hablar con el proveedor. Tal vez haya otro medicamento en una categoría de costo compartido menor con el mismo mecanismo de acción. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Usted puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan una excepción a la categoría de costo compartido del medicamento para que la suma que deba pagar por el medicamento sea menor. Si su proveedor determina que por su cuadro médico se justifica solicitarnos una excepción, su proveedor puede asistirlo para solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, deben leer el Capítulo 9, Sección 6.4 para obtener más información sobre cómo proceder. En este, se explican los procedimientos y las fechas límite máximas establecidas por Medicare para que su solicitud se gestione con la mayor brevedad posible y de manera justa.

Los medicamentos de nuestra Categoría 5 (Medicamentos especializados) no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos la suma de costo compartido para medicamentos en esta categoría.

SECCIÓN 6 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted utiliza?

Sección 6.1 La lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan a principios de cada año (el 1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar modificaciones en la lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan puede:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la lista de medicamentos**. Están disponibles nuevos medicamentos, incluso nuevos medicamentos genéricos. Es probable que el gobierno haya aprobado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y decidimos no cubrirlo. O podemos eliminar un medicamento de la lista porque se ha comprobado su ineficacia.
- **Transferir un medicamento en una categoría de costo compartido mayor o menor**.
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre restricciones a la cobertura, lea la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca registrada por un medicamento genérico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la lista de medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación destacamos las veces que usted recibirá avisos directos si se realizan cambios a un medicamento que está tomando. También puede comunicarse con Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

¿Los cambios en su cobertura de medicamentos lo afectarán de manera inmediata?

Cambios que pueden afectarle este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el presente año:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca registrada en la Lista de medicamentos (o cambiamos la categoría de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca registrada, o ambos)**
  - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca registrada de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en la misma categoría de costo compartido o una más baja y con las mismas o con menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca registrada en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a una categoría de costo compartido más alta o agregar nuevas restricciones, o ambos.
  - Es posible que no le avisemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si usted está actualmente tomando el medicamento de marca registrada.
  - Usted o el recetador pueden solicitarnos hacer una excepción y continuar con la cobertura de su medicamento de marca registrada. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, lea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).*
  - Si usted está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre el/los cambio(s) específicos que hicimos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - A veces, un medicamento es retirado del mercado en forma repentina porque se ha descubierto que es inseguro o por otras razones. Si esto sucede, nosotros eliminaremos de inmediato el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, le haremos saber de inmediato acerca del cambio.
  - Su recetador también será informado sobre este cambio y puede consultar con usted para determinar otro medicamento a fin de tratar su afección.
- **Otros cambios a los medicamentos de la Lista de medicamentos**

- Podemos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca registrada, o cambiar la categoría de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca registrada, o ambos. Además podríamos hacer cambios basados en las advertencias en el recuadro de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos avisarle acerca del cambio con una antelación de al menos 30 días o darle aviso del cambio y un suministro de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
- Después de haber recibido el aviso del cambio, debe consultar con su recetador para cambiarse a un medicamento diferente que cubrimos.
- O usted o su recetador puede solicitar que el plan haga una excepción y continúe con la cobertura de su medicamento. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, lea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).*

Cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: En caso de cambios en la Lista de medicamentos que no están descritos arriba, si usted está actualmente tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambio no lo afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si usted sigue en el plan:

- Si el medicamento es reclasificado en una categoría de costo compartido más alta.
- Si establecemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos

Si cualquiera de estos cambios afecta a un medicamento que usted está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca registrada, u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso ni la suma de su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, usted probablemente no observará ningún aumento en sus pagos ni restricciones adicionales sobre su uso del medicamento. Este año no se le notificarán directamente sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1.° de enero del año siguiente, los cambios le afectarán, y es importante revisar la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se describen los tipos de medicamentos recetados que están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si usted adquiere medicamentos excluidos, deberá pagar por ellos usted mismo. No pagaremos por medicamentos que se especifican en esta sección. La única excepción: Si, luego de una apelación, se determina que el medicamento solicitado no está excluido según la Parte D y que deberíamos haberlo pagado o haberlo cubierto por su situación en particular. (Para obtener más información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, lea el Capítulo 9, Sección 6.5 en este cuadernillo).

A continuación, se establecen tres normas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no cubre un medicamento que estaría cubierto según la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- El plan, en general, no puede cubrir el uso fuera de lo indicado. El "uso fuera de lo indicado" se refiere a cualquier uso de un medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por el Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos.
    - Por lo general, la cobertura para "uso fuera de lo indicado" se permite solo cuando el uso está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX. Si el uso no está avalado por ninguna de estas referencias, nuestro plan no puede cubrir su "uso fuera de lo indicado".

También, por ley, las categorías de medicamentos indicadas abajo no están cubiertas por Medicare:

- Medicamentos no recetados (también llamados OTC o de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para aliviar síntomas de resfrío o catarro
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello
- La receta médica para vitaminas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con fluoruro
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiere la compra de pruebas asociadas o servicios de control exclusivamente del fabricante como condición de venta

Si recibe "Ayuda Adicional" para pagar los medicamentos, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Por favor comuníquese con su programa estatal de Medicaid

para determinar qué cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Usted puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6)

SECCIÓN 8 Presente su tarjeta de membresía del plan cuando adquiera un medicamento recetado

Sección 8.1 Presente su tarjeta de membresía

Para adquirir su medicamento recetado, debe presentar su tarjeta de membresía en la farmacia de la red que usted elija. Cuando presenta sus tarjetas de membresía del plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento recetado cubierto. Usted deberá pagar a la farmacia *su* suma de costo compartido cuando retira el medicamento recetado.

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

Si no tiene la tarjeta de membresía del plan con usted cuando adquiere su medicamento recetado, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire**. (Luego podrá **solicitar el reembolso** de nuestra parte. Lea el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener más información sobre cómo solicitar un reembolso del plan).

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

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

Si usted es internado en un hospital o un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la internación. Cuando es dado de alta del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura. Lea los apartados anteriores de esta sección para obtener más información sobre las normas a fin de obtener cobertura de medicamentos. Lea el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D*) para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted debe pagar.

Tenga en cuenta: Cuando ingresa, vive o deja un centro de enfermería especializada, usted tendrá derecho a un Período especial de inscripción. Durante este período, podrá cambiar de plan o cambiar

su cobertura. (En el Capítulo 10, *Cancelación de su membresía al plan*, le informamos cuándo puede dejar nuestro plan y unirse a un plan de Medicare diferente).

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como una residencia para ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente en un centro de atención a largo plazo, puede adquirir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre y cuando esta sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para verificar si la farmacia del centro de atención a largo plazo donde usted reside es parte de nuestra red. Si no lo es o si necesita más información, comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

¿Qué sucede si usted es residente en un centro de atención a largo plazo y es un miembro nuevo del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos o tiene alguna restricción, el plan cubrirá un **suministro provisional** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. Este suministro total será por un máximo de 31 días de suministro o menos si la receta es por menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo (LTC) puede brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios). Si usted es miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos o si el plan establece restricciones a la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días o menos si la receta médica es por menos días.

Durante el período en el que usted recibe un suministro provisional de un medicamento, usted deberá consultar con su proveedor para decidir qué hará cuando haya terminado el suministro provisional. Probablemente, exista otro medicamento cubierto por el plan con el mismo mecanismo de acción. O usted y su proveedor podrán solicitar al plan una excepción para que se cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría que lo cubriera. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, deben leer el Capítulo 9, Sección 6.4 para obtener más información sobre cómo proceder.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura por medicamentos de un plan de empleador o de un grupo de jubilados?

¿Actualmente tiene otra cobertura para medicamentos recetados a través de su empleador (o el de su esposa) o un grupo de jubilados? Si es así, comuníquese con **el administrador de beneficios del grupo.** Él o ella le pueden ayudar a determinar cómo trabajará su cobertura para medicamentos recetados actual con nuestro plan.

Por lo general, si actualmente se encuentra empleado, la cobertura de medicamentos recetados que usted obtiene de nosotros será *secundaria* para la cobertura de su empleador o de su grupo de jubilados. Eso quiere decir que su cobertura de grupo pagará primero.

Nota especial sobre 'cobertura acreditable':

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura para medicamentos recetados para el siguiente año natural es "acreditable" y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan de grupo es "**acreditable**", esto quiere decir que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Conserve estos avisos sobre la cobertura válida ya que podría necesitarlas luego. Si usted se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, posiblemente necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido cobertura acreditable. Si usted no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable por parte de su empleador o plan de grupo de jubilados, usted puede obtener una copia de su empleador o por parte del administrador de beneficios del plan de jubilación o del empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Si se encuentra inscrito en cuidados paliativos de Medicare y requiere un medicamento contra las náuseas, un laxante, un medicamento para aliviar el dolor o un ansiolítico que no se encuentra cubierto por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del recetador o de su proveedor de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado con su afección antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en recibir medicamentos que no estén relacionados, que deben ser cubiertos por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o a su recetador que se asegure de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que surta su receta médica.

En el caso de que usted renuncie a su elección de cuidados paliativos o sea dado de alta de su plan de cuidados paliativos, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos. Para prevenir retrasos en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, deberá traer la documentación a la farmacia para verificar su renuncia o su alta en el plan. Consulte las partes previas de esta sección en las que se informa sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos según la Parte D. En el Capítulo 6 (*Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*), encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que debe pagar.

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos

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

Realizamos revisiones de utilización de medicamentos para nuestros miembros para asegurarles de que están recibiendo atención médica segura y correcta. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que reciben recetas de medicamentos de más de un proveedor.

Realizamos una revisión cada vez que adquiere un medicamento recetado. También efectuamos una revisión regular de nuestros registros. En estas revisiones, buscamos posibles problemas como los siguientes:

- Posibles errores de medicamentos
- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios porque usted toma otro medicamento para tratar la misma afección médica
- Medicamentos que posiblemente no sean seguros o correctos por su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que pueden ser peligrosas para usted si se toman en forma simultánea
- Recetas por medicamentos que contienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que usted está tomando
- Cantidades no seguras de medicamentos para aliviar el dolor a base de opioides

Si observamos un posible problema en su utilización de los medicamentos, consultaremos con su proveedor para corregir el error.

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

Tenemos un programa que puede ayudar a que nuestros miembros consuman de manera segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos con opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos con opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos recetados con opioides o benzodiazepina no es seguro, podríamos limitar el modo en que puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiacepina de una farmacia en particular.
- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiacepina de un médico en particular.

- Limitar la cantidad de medicamentos opioide o benzodiacepina que cubriremos para usted

Si consideramos que se deben aplicar una o más de estas limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. La carta tendrá información que explicará las limitaciones que creemos que aplican a su caso. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere y cualquier información que considere importante para nosotros. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme la limitación. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con la limitación o con nuestra determinación de que usted está en riesgo de abuso de medicamentos recetados, usted y su recetador tienen derecho a solicitarnos un recurso de apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le informaremos la decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud en relación con las limitaciones de acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que el DMP no se aplique a usted si tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o enfermedad de las células falciformes, si está recibiendo cuidado paliativo o terminal, o vive en un centro de cuidados a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos

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

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos han desarrollado el programa para nosotros. Este programa ayuda a garantizar que nuestros miembros obtienen el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM).

Algunos miembros que consumen medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos de medicamentos o están en un DMP para ayudar a miembros a usar sus opioides de manera segura pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de salud puede darle un resumen integral de todos sus medicamentos. Puede consultar acerca de la mejor manera de tomar los medicamentos, los costos y cualquier problema o pregunta sobre su receta médica y medicamentos de venta libre. Usted obtendrá un resumen escrito sobre este tema. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que hace sugerencias sobre qué puede hacer para usar sus medicamentos de la mejor manera, con un espacio para que pueda tomar apuntes o anotar cualquier pregunta que desee hacer luego. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué lo hace. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea solicitar la revisión de sus medicamentos antes de la consulta anual de “Bienestar”, por lo que puede hablar con su médico sobre el plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o cada vez que hable con sus médicos,

farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, con su documento) si va al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se adecua a sus necesidades, lo inscribiremos a usted en el programa en forma automática y le enviaremos información. Si usted decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna duda sobre estos programas, llame a Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

CAPÍTULO 6

Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 140

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con los otros materiales que explican su cobertura de medicamentos 140

Sección 1.2 Tipos de gastos en efectivo que debe pagar por servicios cubiertos 141

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que usted se encuentra cuando adquiere el medicamento 141

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Global Classic (HMO)? 141

SECCIÓN 3 Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la cual usted se encuentra 143

Sección 3.1 Enviamos un resumen mensual llamado "Descripción de Beneficios de la Parte D" (la "EOB de la Parte D") 143

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos por medicamentos 144

SECCIÓN 4 No hay deducibles para Global Classic (HMO) 145

Sección 4.1 Usted no paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D 145

SECCIÓN 5 En la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde por sus costos de medicamentos y usted paga su parte 145

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde lo adquiere 145

Sección 5.2 Tabla que muestra sus costos por un suministro de *un mes* de un medicamento 146

Sección 5.3 Si su médico le receta menos del suministro de un mes completo, puede que no deba pagar el costo del suministro de todo el mes 148

Sección 5.4 Tabla que muestra sus costos por un suministro *a largo plazo* (de hasta 100 días) de un medicamento 149

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos totales por medicamentos anuales alcancen los $4,430 150

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Brecha en Cobertura, el plan brinda una cobertura de medicamentos limitada 151

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de brecha en cobertura hasta que sus costos en efectivo alcancen los $7,050 151

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo por medicamentos recetados 152

SECCIÓN 7 En la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos 154

Sección 7.1 Cuando usted está en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año 154

SECCIÓN 8 Lo que usted debe pagar por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las compra 154

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener coberturas separadas por las vacunas de la Parte D en sí mismas y por el costo de administrarle la vacuna 154

Sección 8.2 Usted tal vez desee llamar a Departamento de Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna 156

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

El programa de "Ayuda Adicional" ofrece asistencia económica a personas de bajos recursos para la compra de sus medicamentos. Para obtener más información, lea el Capítulo 2, Sección 7.

¿Usted actualmente recibe asistencia económica para la compra de sus medicamentos?

Si está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que alguna parte de la información en esta *Evidencia de la cobertura* sobre costos de medicamentos recetados Parte D no sea aplicable a su caso.** Le hemos enviado un anexo, titulado "Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para la compra de medicamentos recetados" (también conocida como "Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional LIS"), que describe la cobertura por medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame a Departamento de Servicios para Miembros y pida su "cláusula adicional LIS". (Los números de teléfono de Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

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

En este capítulo, se detalla lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo, utilizamos la palabra "medicamento" para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como explicamos en el Capítulo 5, no todos los medicamentos corresponden a la Parte D; algunos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, usted debe conocer los conceptos básicos de los medicamentos que están cubiertos, dónde adquirir sus medicamentos recetados y las normas que debe seguir cuando adquiere sus medicamentos cubiertos. En los siguientes materiales, se definen estos conceptos básicos:

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.**Para simplificar, la llamamos la "Lista de medicamentos".
  - En esta lista de medicamentos, se incluyen los medicamentos que están cubiertos para usted.
  - También define en cuál de las cinco "categorías de costo compartido" se encuentra el medicamento y si existen restricciones en su cobertura del medicamento.

  - Si necesita una copia de la lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). También puede encontrar la lista de medicamentos ingresando a nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com. La lista de medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.

- **Capítulo 5 de este cuadernillo.** En el Capítulo 5, se ofrecen detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluso las normas que debe seguir cuando adquiere sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5, también se enumeran los tipos de medicamentos recetados no cubiertos por nuestro plan.
- **El directorio de farmacias *del plan*.** En la mayoría de las situaciones usted debe adquirir sus medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (lea el Capítulo 5 para obtener más detalles). El *Directorio de farmacias* incluye una lista de las farmacias de la red del plan. También le explica en qué farmacias de nuestra red puede obtener un suministro a largo plazo de un medicamento (como, por ejemplo, adquirir un suministro de tres meses de un medicamento recetado).

Sección 1.2 Tipos de gastos en efectivo que debe pagar por servicios cubiertos

Para comprender la información de pago que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos de su propio bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos. La suma que usted paga por el medicamento se llama “costo compartido” y hay tres formas en que se le puede pedir que pague.

- El **“deducible”** es la suma que usted debe pagar por medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- **“Copago”** significa que usted paga una suma fija cada vez que surte una receta médica.
- **“Coseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Global Classic (HMO)?

Como se muestra en la siguiente tabla, existen “etapas de pago de medicamentos” que corresponden a su cobertura de medicamentos recetados bajo Global Classic (HMO). Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa en la cual se encuentra usted cuando adquiere el medicamento recetado o la renovación de la receta.

Etapa 1 *Etapa de Deducible Anual*	**Etapa 2** *Etapa de Cobertura Inicial*	**Etapa 3** *Etapa de Cobertura de Brecha*	**Etapa 4** *Etapa de Cobertura Catastrófica*
Debido a que no hay deducible para el plan, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Usted comienza en esta etapa cuando surte la primera receta médica del año. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo.** Usted permanece en esta etapa hasta que sus **"gastos totales por medicamentos"** del año hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) asciendan a $4,430. (Los detalles se encuentran en la Sección 5 de este capítulo).	Para medicamentos genéricos del Nivel 1 y medicamentos genéricos antidiabéticos orales del Nivel 3, usted paga el mismo copago que en la Etapa de Cobertura Inicial. Para los medicamentos de marca del Nivel 1 y los medicamentos antidiabéticos orales de marca del Nivel 3, el monto del descuento en medicamentos del fabricante del 70% se aplica al copago de la Etapa de Cobertura Inicial. Para otros medicamentos, usted paga el 25% del precio por medicamentos de marca registrada (más una porción de la tarifa de dispensación) y el 25% del precio por medicamentos genéricos. Usted permanece en esta etapa hasta que los **"gastos de su bolsillo"** (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de $7,050. Medicare ha establecido esta cantidad y las reglas de los costos que cuentan para esta cantidad. (Los detalles se encuentran en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayor parte de los costos** de sus medicamentos por el resto del año natural (hasta el 31 de diciembre de 2022). (Los detalles se encuentran en la Sección 7 de este capítulo).

SECCIÓN 3 Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la cual usted se encuentra

Sección 3.1 Enviamos un resumen mensual llamado “Descripción de Beneficios de la Parte D” (la “EOB de la Parte D”)

Nuestro plan mantiene un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha efectuado cuando adquiere sus medicamentos recetados o renovación de recetas médicas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuando ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, mantenemos un registro de dos tipos de costos:

- Mantenemos el registro de lo que usted ha pagado. A esto se lo llama los costos “**de su propio bolsillo**”.
- Mantenemos el registro de su “**costo total por medicamentos**”. Esta es la suma que paga de su propio bolsillo en efectivo o que otros pagan en su nombre, más la suma pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un resumen escrito titulado *Descripción de Beneficios de la Parte D* (a veces se lo llama “EOB de la Parte D”) cuando usted haya adquirido uno o más medicamentos recetados a través del plan durante el mes anterior. La EOB de la Parte D proporciona más información acerca de los medicamentos que consume, como los aumentos en el precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que puedan estar disponibles. Debería consultar con su recetador sobre estas opciones de menor costo. La EOB de la Parte D incluye:

- **Información correspondiente a ese mes**. Este informe detalla los pagos efectuados por los medicamentos recetados que usted ha adquirido durante el mes anterior. Detalla el total de costos de medicamentos, cuánto pagó el plan y cuánto pagaron usted y otros en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se llama información "del año hasta la fecha". Muestra el total de costos de medicamentos y el total de pagos efectuados por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual desde el primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Recetas médicas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos que tienen un menor costo compartido para cada reclamo de receta médica que puede estar disponible.

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

Para mantener un registro de sus costos por medicamentos y los pagos que usted efectúa por los medicamentos, nos basamos en registros brindados por las farmacias. Usted nos puede ayudar a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Presente su tarjeta de membresía cuando adquiera un medicamento recetado.** Para que estemos informados de los medicamentos recetados que usted adquiere y lo que usted paga, presente su tarjeta de membresía cada vez que adquiera un medicamento recetado.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** Es probable que, a veces, usted pague por medicamentos recetados, pero nosotros no obtengamos en forma automática la información que necesitamos para tener un seguimiento de los gastos de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los gastos de su bolsillo, usted podrá entregarnos copias de recibos por medicamentos que usted ha comprado. (Si usted recibe la factura por un medicamento cubierto, podrá solicitar al plan nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo realizar esto, lea el Capítulo 7, Sección 2 de este cuadernillo). A continuación, describimos algunas situaciones en que usted querrá entregar copias de sus recibos de medicamentos para que tengamos un registro completo de lo que usted ha gastado en la compra de sus medicamentos:
  - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
  - Cuando usted efectúa un copago por medicamentos provistos a través de un programa de asistencia al paciente del fabricante.
  - Cuando usted compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras oportunidades en que usted ha pagado el precio total por un medicamento cubierto en casos especiales.
- **Envíenos información de los pagos que otras personas hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también son tenidos en cuenta para el cálculo de los gastos de su bolsillo y ayudan a calificar para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés), un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas Americanos y la mayoría de las instituciones de caridad cuentan en el cálculo de sus gastos de su bolsillo. Debería llevar un registro de estos pagos y enviárnoslo para que podamos llevar un registro de sus costos.

- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando usted recibe una *Descripción de beneficios de la Parte D* (una "EOB de la Parte D") por correo, revísela para verificar que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta información en el informe o si tiene alguna duda, llame a Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). Asegúrese de conservar estos informes. Son registros importantes de sus gastos por medicamentos.

SECCIÓN 4 No hay deducibles para Global Classic (HMO)

Sección 4.1 Usted no paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D

No existe deducible para Global Classic (HMO). Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surta la primera receta médica del año. Consulte la Sección 5 para obtener más información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

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

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde lo adquiere

En la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde por sus costos de medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (su monto de copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde lo adquiera.

El plan establece cinco categorías de costo compartido

Todos los medicamentos en la Lista de medicamentos del plan se incluyen en una de las cinco categorías de costo compartido. En general, cuanto mayor sea la categoría de costo compartido, mayor será su costo por el medicamento:

- Categoría de costo compartido 1: Medicamentos genéricos preferidos: el nivel 1 es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos y medicamentos de marca preferidos.
- Categoría de costo compartido 2: Medicamentos genéricos: el nivel 2 incluye medicamentos genéricos y de marca.
- Categoría de costo compartido 3: Medicamentos de marca preferidos: el nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- Categoría de costo compartido 4: Medicamentos no preferidos: el nivel 4 incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.

- Categoría de costo compartido 5: Medicamentos especializados: el nivel 5 tiene el costo más alto. Contiene medicamentos genéricos y de marca de muy alto costo, que pueden requerir un manejo especial o un control estricto.

Para conocer en qué categoría de costo compartido se encuentra su medicamento, consulte la lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

Lo que paga por un medicamento depende de que adquiera el medicamento en los siguientes lugares:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos estándar
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos preferidos
- Una farmacia que no está en la red del plan
- La farmacia de envío por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y el surtido de recetas médicas, lea el Capítulo 5 de este cuadernillo y el *Directorio de farmacias* del plan.

Generalmente, cubriremos sus recetas médicas *solo* si se surten en una de las farmacias de la red. Algunas de las farmacias de la red también ofrecen costos compartidos preferidos. Puede ir a farmacias de la red que ofrecen costos compartidos preferidos u otras farmacias de la red que ofrecen costos compartidos estándar para recibir sus medicamentos recetados con cobertura. Sus costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos.

Sección 5.2 Tabla que muestra sus costos por un suministro de *un mes* de un medicamento

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

- **"Copago"** significa que usted paga una suma fija cada vez que surte una receta médica.
- **"Coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

Como se muestra en la siguiente tabla, la suma del copago o coseguro depende de la categoría de costo compartido en la que se encuentra el medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si el costo de su medicamento cubierto es inferior a la suma del copago que se encuentra detallado en la tabla, usted pagará el precio menor del medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o* la suma del copago, *lo que sea menor*.
- Cubrimos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Lea el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información acerca de en qué situaciones cubriremos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red.

Lo que usted paga cuando adquiere un suministro de *un mes* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (un suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (un suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (un suministro de hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; lea el Capítulo 5 para obtener más detalles) (un suministro de hasta 30días)
Categoría 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	$10	$5	Estándar: $10 Preferido: $5	$10	$10
Categoría 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	$20	$15	Estándar: $20 Preferido: $15	$20	$20
Categoría 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	$47	$42	Estándar: $47 Preferido: $42	$47	$47
Categoría 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	$100	$90	Estándar: $100 Preferido: $90	$100	$100

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (un suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (un suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (un suministro de hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; lea el Capítulo 5 para obtener más detalles) (un suministro de hasta 30días)
Categoría 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	33% coseguro	33% coseguro	33% coseguro	33% coseguro	33% coseguro

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

Normalmente, la suma que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un medicamento cubierto de todo un mes. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos para menos de un mes. Es posible que haya ocasiones en que desee preguntarle a su médico sobre recetar menos del suministro de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando usted pruebe por primera vez un medicamento que se conozca que tenga graves efectos secundarios). Si su médico receta una cantidad menor a un mes completo de suministro, no deberá pagar por el suministro de un mes completo para ciertos medicamentos.

La suma que pague cuando reciba menos del suministro de un mes completo dependerá de si usted es responsable por el pago de un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (una suma de dinero fijo).

- Si es responsable de un coseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje sin importar si la receta médica es para un suministro de un mes completo o para unos días. No obstante, debido a que el costo total de los medicamentos será menor si recibe menos de un suministro de un mes completo, la suma que pagará será menor.
- Si es responsable de un copago por el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días que reciba el medicamento. Calcularemos la suma que pague por día por su medicamento (la “tasa de costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

- Aquí, un ejemplo: Digamos que el copago para su medicamento para el suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es $30. Esto significa que la suma que paga por día por su medicamento es $1. Si recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago será $1 por día multiplicado por 7 días, por un pago total de $7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que su medicamento le funcione antes de que deba pagar el suministro de un mes entero. También puede solicitar a su médico que recete, y a su farmacéutico que suministre, un suministro menor al de un mes completo de uno o varios medicamentos. En caso de que esto le ayude a planificar las fechas de renovación para las diferentes recetas médicas a fin de hacer menos visitas a la farmacia. La suma que usted paga dependerá de la cantidad de días de suministro que reciba.

Sección 5.4 Tabla que muestra sus costos por un suministro *a largo plazo* (de hasta 100 días) de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, usted puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") cuando surta su receta médica. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100días. (Para obtener más detalles sobre dónde y cómo adquirir un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando adquiere un suministro a largo plazo (hasta 100días) de un medicamento.

- Tenga en cuenta: Si el costo de su medicamento cubierto es inferior al monto del copago que se encuentra detallado en la tabla, usted pagará el precio menor del medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o* la suma del copago, *lo que sea menor*.

Lo que usted paga cuando adquiere un suministro *a largo plazo* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 100 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (un suministro de hasta 100 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (un suministro de hasta 100 días)
Categoría 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	$30	$10	Estándar: $30 Preferido: $10
Categoría 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	$60	$30	Estándar: $60 Preferido: $30

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 100 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (un suministro de hasta 100 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (un suministro de hasta 100 días)
Categoría 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	$141	$84	Estándar: $141 Preferido: $84
Categoría 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	$300	$270	Estándar: $300 Preferido: $270
Categoría 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Categoría 5 (Medicamentos Especializados)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Categoría 5 (Medicamentos Especializados)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Categoría 5 (Medicamentos Especializados)

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos totales por medicamentos anuales alcancen los $4,430

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que la suma total de los costos de medicamentos recetados y renovaciones de recetas que ha adquirido alcanzan el límite de **$4,430 de la Etapa de Cobertura Inicial**.

El total por sus costos de medicamentos se calcula sumando lo que usted pagó y lo que el plan de la Parte D haya pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que usted ha adquirido desde la primera compra de medicamentos del año. (Lea la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los gastos de su bolsillo). Esta incluye:
  - La suma total que usted pagó de la parte que le corresponde por los costos de sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan ha pagado por** su parte de los costos por sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial. (Si usted está inscrito en otro plan de la Parte D en cualquier momento durante 2022, la suma que ese plan pague durante la Etapa de cobertura inicial también cuenta para sus costos totales por medicamentos).

La *Descripción de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a mantener un registro de lo que usted y el plan, así como también los terceros, han pagado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite de $4,430 en un año.

Le informaremos si alcanza esta suma de $4,430. Si alcanza esta suma, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de brecha en cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Brecha en Cobertura, el plan brinda una cobertura de medicamentos limitada

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de brecha en cobertura hasta que sus costos en efectivo alcancen los $7,050

Cuando usted se encuentra en la Etapa de brecha en cobertura, el Programa de descuento de la brecha en cobertura de Medicare brinda descuentos de fabricante sobre los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación por medicamentos de marca. Tanto la suma que usted paga como la suma descontada por el fabricante cuentan en el cálculo de los gastos de su bolsillo como si usted los hubiese pagado y lo harán avanzar en la brecha en cobertura.

Global Classic (HMO) proporciona una etapa sin cobertura adicional para medicamentos de marca en los niveles 1 y 3. El Programa Medicare Coverage Gap Discount del 70% se aplica al copago para medicamentos de marca en el nivel 1 y medicamentos orales antidiabéticos en el nivel 3 que usted pagó en la etapa de cobertura inicial. Consulte las Secciones 5.2 y 5.3 de este capítulo para conocer los copagos.

Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación por medicamentos de marca. Tanto la suma que usted paga como la suma descontada por el fabricante cuentan en el cálculo de los gastos de su bolsillo como si usted los hubiese pagado y lo harán avanzar en la brecha en cobertura.

Global Classic (HMO) proporciona cobertura adicional durante la brecha en cobertura para medicamentos genéricos en el nivel 1 y medicamentos orales antidiabéticos en el nivel 3. Usted paga los mismos copagos para los medicamentos genéricos del nivel 1 y los medicamentos orales antidiabéticos del nivel 3 que pagó en la Etapa de Cobertura Inicial.

También recibirá cobertura para algunos medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25% del costo por medicamentos genéricos y el plan paga el resto. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto que abona el plan (75%) no cuenta para el cálculo de gastos de su propio bolsillo. Únicamente la suma que usted paga cuenta y lo hace avanzar en la brecha en cobertura.

Usted continúa pagando el precio descontado por los medicamentos de marca registrada y no más del 25% del gasto de los medicamentos genéricos hasta que los pagos de su propio bolsillo anuales alcanzan el monto máximo que Medicare ha establecido. En 2022, esa suma es $7,050.

Medicare establece normas sobre lo que se considera gastos de su bolsillo y lo que no. Cuando ha alcanzado un límite de gastos de su bolsillo de $7,050, pasa de la Etapa de brecha en cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo por medicamentos recetados

A continuación, detallamos las reglas de Medicare que debemos observar para mantener un registro de los gastos de su bolsillo por los medicamentos.

Estos pagos están incluidos en los gastos de su bolsillo

Cuando suma los gastos de su bolsillo, usted **puede incluir** los pagos que se detallan a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya observado las normas de cobertura de medicamentos explicadas en el Capítulo 5 de este cuadernillo):

- La suma que usted paga por los medicamentos cuando se encuentre en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de cobertura inicial
  - La Etapa de brecha en cobertura
- Todos los pagos que usted realizó durante este año natural como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de registrarse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si usted efectúa estos pagos **usted mismo**, estos se incluyen en los gastos de su bolsillo.
- Estos pagos también *se incluyen* si **otras personas u organizaciones los efectúan en su nombre.** Esto incluye los pagos por sus medicamentos efectuados por un amigo o familiar, por la mayoría de las instituciones de caridad, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que esté autorizado por Medicare o por los Servicios de Salud para Indígenas Americanos. Los pagos efectuados mediante el programa “Ayuda Adicional” de Medicare también están incluidos.
- Algunos de los pagos efectuados por el Programa de Descuento de la Brecha en Cobertura de Medicare están incluidos. La suma que el fabricante paga por sus medicamentos de marca está incluida. Pero la suma que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Pasar a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes efectúan los pagos en su nombre) ha consumido un total de $7,050 en gastos de su bolsillo dentro del año natural, pasará de la Etapa de brecha en cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en los gastos de su bolsillo

Cuando suma los gastos de su bolsillo, **no tiene permitido incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos recetados:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos no cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que usted adquiere en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluso medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Los pagos efectuados por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en la brecha en cobertura.
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por planes de salud grupales, incluidos planes de salud del empleador.
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos.
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por terceros con obligación legal de pagar los costos por medicamentos recetados (por ejemplo, Indemnización al trabajador).

Recuerde: Si cualquier otra organización como las que se enumeran arriba paga una parte o el total de los gastos de su bolsillo por medicamentos, usted estará obligado a informarlo a nuestro plan. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

¿Cómo puede mantener un registro del total de los gastos de su bolsillo?

- **Nosotros lo ayudaremos.** El resumen de *Descripción de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la suma actual de los gastos de su bolsillo (en la Sección 3 de este capítulo, se describe este informe). Cuando usted alcanza un total de $7,050 de costos en efectivo anuales, este informe le comunicará que ha pasado de la Etapa de Brecha en Cobertura a la Etapa de Cobertura para Catastrófica.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos**. En la Sección 3.2, se especifica lo que usted puede hacer para ayudarnos a mantener nuestros registros de lo que usted ha gastado en forma completa y actualizada.

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

Sección 7.1 Cuando usted está en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año

Califica para la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el límite de $7,050 por el año natural. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año natural.

En esta etapa, el plan pagará la mayor parte de los costos por sus medicamentos.

- **Su parte** de los costos por un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el que fuera *mayor*:
  - – *ya sea*, un coseguro del 5 % del costo del medicamento
  - – *o* – $3.95 por un medicamento genérico o un medicamento que recibe tratamiento de genérico y $9.85 por todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

SECCIÓN 8 Lo que usted debe pagar por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las compra

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener coberturas separadas por las vacunas de la Parte D en sí mismas y por el costo de administrarle la vacuna

Nuestro plan provee cobertura para varias vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que son consideradas beneficios médicos. Usted puede conocer su cobertura por estas vacunas si lee el Capítulo 4, Sección 2.1, Tabla de beneficios médicos.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D se divide en dos partes:

- La primera parte de la cobertura corresponde al costo de **la vacuna en sí misma**. Las vacunas se consideran medicamentos recetados.
- La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de **suministrarle a usted la vacuna.** (Esto a veces se llama la “administración” de la vacuna).

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

Lo que usted debe pagar por una vacuna de la Parte D depende de tres factores:

1. **El tipo de vacuna** (contra qué se lo está vacunando).

- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede conocer su cobertura de estas vacunas si lee el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar).*
- Otras vacunas son consideradas Medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario).*

2. **Dónde usted obtiene la vacuna.**
3. **Quién administra la vacuna.**

Lo que usted debe pagar en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando se le administra la vacuna, deberá pagar el costo total tanto por la vacuna como por recibirla. Puede solicitar a nuestro plan el reintegro de nuestra parte del costo.
- En otras oportunidades, cuando adquiere o se le administra la vacuna, deberá pagar solo su parte del costo.

Para demostrar cómo funciona esto, a continuación se describen tres situaciones comunes en que usted puede recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos relacionados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa de Brecha en Cobertura de su beneficio.

Situación 1: Compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se le administra la vacuna en una farmacia de la red. (Si tiene esta opción, dependerá del lugar donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunación).

- Usted deberá pagarle a la farmacia la suma correspondiente a su copago por la vacuna y el costo de darle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Recibe una vacunación de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando usted recibe la vacunación, usted deberá pagar el costo total por la vacuna y su administración.
- Luego puede solicitar que nuestro plan pague la parte que le corresponde por el costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este cuadernillo (*Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que pagó menos su copago normal por la vacuna (incluida su administración).

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

- Usted deberá pagarle a la farmacia la suma correspondiente a su copago por la vacuna en sí misma.
- Cuando el médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el total del costo por este servicio. Luego podrá solicitar que el plan le reintegre nuestra parte del costo según los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este cuadernillo.
- Se le reembolsará la suma cobrada por el médico para la administración de la vacuna.

Sección 8.2 Usted tal vez desee llamar a Departamento de Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna

Las normas de cobertura de vacunación son complejas. Estamos aquí para servirle. Le recomendamos que primero nos llame a Departamento de Servicios para Miembros cada vez que planee recibir una vacuna. (Los números de teléfono de Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

- Podemos brindarle información sobre la cobertura que nuestro plan ofrece para su vacunación y explicarle la parte que le corresponde a usted por los costos.
- Podemos brindarle información sobre cómo mantener sus costos bajos si recurre a los proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede recurrir a un proveedor o farmacia de la red, podemos informarle qué necesita hacer para solicitarnos que le reintegremos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

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

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos 159

Sección 1.1 Si paga nuestra parte del costo por sus servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos que paguemos nosotros 159

SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reintegro o pago de una factura que usted ha recibido 161

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos la solicitud de pago 161

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente 163

Sección 3.1 Verificamos si nos corresponde cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos pagar 163

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o una parte de la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación 163

SECCIÓN 4 Otras situaciones en que usted debería conservar sus recibos y enviarnos copias a nosotros 164

Sección 4.1 En algunos casos, usted nos debería enviar copias de sus recibos para que podamos llevar un registro de sus gastos de bolsillo por medicamentos 164

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

Sección 1.1 Si paga nuestra parte del costo por sus servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos que paguemos nosotros

A veces cuando recibe atención médica o un medicamento recetado usted puede necesitar pagar el costo total inmediatamente. En otras oportunidades, usted puede descubrir que ha pagado más de lo que esperaba bajo las reglas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos usted puede pedir a nuestro plan que le reintegre (devolverle el dinero es llamado con frecuencia "reembolsarle"). Usted tiene derecho a recibir el reintegro de nuestro plan cuando ha pagado más de la parte que le corresponde pagar por el costo de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan.

También habrá oportunidades cuando reciba una factura de un proveedor por el costo total de atención médica que usted ha recibido. En muchos casos, usted debe enviarnos esta factura en vez de pagarla. Veremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

A continuación, enumeramos ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitar un reintegro de nuestro plan o que paguemos una factura que usted recibió:

1. **Cuando recibe atención médica de emergencia o atención médica requerida urgentemente de un proveedor fuera de la red de nuestro plan**

   Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor pertenezca o no a nuestra red. Cuando recibe atención médica de emergencia o servicios requeridos urgentemente de un proveedor externo a nuestra red, solo es responsable del pago de su parte del costo, no del costo total. Usted deberá solicitarle al proveedor que envíe la factura por nuestra parte del costo al plan.

   - Si usted paga la suma total en el momento en que recibe la atención, deberá solicitarnos un reintegro por nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con todos los comprobantes de pago que haya efectuado.
   - A veces, puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con los comprobantes de pago que haya efectuado.
     - Si al proveedor se le debe un pago, lo realizaremos directamente al proveedor.
     - Si usted ya ha pagado más de su parte por el costo del servicio, determinaremos cuál es la parte que le corresponde a usted y le reintegraremos la parte del costo que nos corresponde a nosotros.

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 enviar la factura directamente al plan y solo cobrarle a usted la parte del costo que le corresponde. Pero a veces cometen errores y le solicitan a usted pagar por los servicios.

- Usted únicamente tiene que pagar su suma de costo compartido cuando se le brindan servicios cubiertos por el plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales independientes, conocidos como "facturación del saldo". Este factor de protección (por el cual nunca paga más de la suma de costos compartidos) tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la "facturación del saldo", lea el Capítulo 4, Sección 1.3.
- Cuando recibe una factura de un proveedor de la red que considera que es por una suma mayor que la que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente para resolver el problema.
- Si ya ha pagado la factura a un proveedor de la red, pero considera que ha pagado en exceso, envíenos la factura junto con los comprobantes de pago que haya efectuado y solicite un reintegro por la diferencia entre la suma que usted ha pagado y la suma que debería haber pagado según el plan.

3. Si usted se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva

Algunas veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. ("Retroactivo" significa que ya ha pasado el primer día de su inscripción. La fecha de inscripción puede haber ocurrido incluso el año pasado).

Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de los servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reintegremos su parte de los costos. Deberá enviarnos documentación para que nos encarguemos del reembolso.

Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo solicitarnos el reintegro y cuáles son las fechas límite para efectuar su solicitud. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

4. Cuando adquiere un medicamento recetado en una farmacia fuera de la red

Si presenta su tarjeta de membresía e intenta surtir una receta médica en una farmacia fuera de la red, la farmacia probablemente no pueda presentar el reclamo directamente a nosotros. Cuando esto sucede, usted deberá pagar el costo total por el medicamento recetado. (Cubrimos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red únicamente en algunas situaciones especiales. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información).

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo.

5. **Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no tiene su tarjeta de membresía consigo**

   Si no tiene su tarjeta de membresía consigo, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción al plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado.

   Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo.

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

   Deberá pagar el costo total de un medicamento recetado si se le informa que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

   - Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o puede haber un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera que no se debe aplicar en su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, deberá pagar el costo total del mismo.
   - Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro. En algunas situaciones, necesitaremos información de su médico para efectuar el reintegro por nuestra parte del costo del medicamento.

7. **Cuando abona copagos según un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos**

   Si recibe ayuda de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos y paga copagos en virtud de este, fuera de los beneficios de nuestro plan, puede presentar una reclamación impresa para que sus gastos de bolsillo se tengan en cuenta para calificar para la cobertura catastrófica. Guarde su recibo y envíenos una copia.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos una solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este cuadernillo (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) encontrará más información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reintegro o pago de una factura que usted ha recibido

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos la solicitud de pago

Reclamaciones médicas:

Envíenos su solicitud de pago, junto con la factura y los comprobantes de pagos que haya efectuado. Es buena idea conservar una copia de la factura y los recibos para sus registros.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede completar el formulario de reclamos para solicitar el pago.

- No está obligado a utilizar este formulario, pero nos ayudará a que podamos procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.GlobalHealth.com) o solicite el formulario por teléfono a Departamento de Servicios para Miembros. (Los números de teléfono de Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Reclamaciones médicas:
GlobalHealth of Texas, Inc.
P.O. Box 2718,
Oklahoma City, OK 73101

Reclamaciones de medicamentos recetados:
Solicitud
de reembolso de servicios de la parte D de CVS Caremark
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

También puede llamar a nuestro plan para solicitar el pago. Para obtener detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección *Dónde enviar una solicitud para solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo por atención médica o por un medicamento que usted ha recibido*.

Reclamaciones médicas: debe presentar su reclamo en un plazo de 60 díasdesde la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte B.

Reclamaciones médicas: debe presentar su reclamo en un plazo de tres añosdesde la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte D.

Comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). Si no sabe cuánto es el monto que debería haber pagado, o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, lo podemos ayudar. También nos puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente

Sección 3.1 Verificamos si nos corresponde cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos pagar

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

- Si decidimos que la atención médica o medicamento están cubiertos y usted siguió las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo del servicio. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso por nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (En el Capítulo 3 se explican las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos. En el Capítulo 5 se explican las normas que debe seguir para obtener medicamentos recetados cubiertos de la Parte D).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* siguió las normas, no pagaremos nuestra parte de los costos. Por el contrario, le enviaremos una carta con las razones por las que no le enviamos el pago que usted solicita y los derechos que tiene para apelar esta decisión.

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

Si usted considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o si no está de acuerdo con la suma que pagaremos, usted puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago.

Para obtener más detalles sobre cómo presentar una apelación, lea el Capítulo 9 de este cuadernillo (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos específicos y fechas límites importantes. Si presentar una apelación es algo nuevo para usted, puede empezar por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una introducción en la que se describe el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones, y proporciona definiciones de términos tales como “apelación”. Luego, después de leer la Sección 4, puede leer la sección en el Capítulo 9 que describe qué debe hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación por un reintegro por una atención médica, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación por un reintegro por un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en que usted debería conservar sus recibos y enviarnos copias a nosotros

Sección 4.1 En algunos casos, usted nos debería enviar copias de sus recibos para que podamos llevar un registro de sus gastos de bolsillo por medicamentos

Existen ciertas situaciones en que nos debe informar sobre pagos que ha efectuado por sus medicamentos. En estos casos, usted no está solicitando un pago de nosotros. En lugar de eso, nos está informando sobre sus pagos para que podamos calcular los gastos de su bolsillo correctamente. Esto puede ayudarle a reunir los requisitos para la etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

Aquí describimos dos situaciones en las que nos debe enviar copias de recibos para informarnos sobre pagos que haya efectuado por sus medicamentos:

1. **Cuando compra el medicamento por un precio menor a nuestro precio**

   A veces cuando está en la Etapa de Brecha en Cobertura, usted puede comprar sus medicamentos en una **farmacia de la red** por un precio que es menor que el nuestro.

   - Por ejemplo, una farmacia puede ofrecer un precio especial para el medicamento. O puede tener una tarjeta de descuento que está fuera de nuestro beneficio que ofrece un precio bajo.
   - A menos que apliquen condiciones especiales, usted debe utilizar una farmacia de la red en estas situaciones y sus medicamentos deben pertenecer a la lista de medicamentos.
   - Conserve el recibo y envíenos una copia para el cálculo de los gastos de su bolsillo a los fines de calificar para la Etapa de cobertura catastrófica.
   - **Tenga en cuenta que:** Si usted está en la Etapa de Brecha en Cobertura, puede que no paguemos ninguna parte de estos costos de medicamentos. No obstante, si nos envía una copia del recibo podremos calcular los gastos de su bolsillo correctamente, y esto puede ayudarle a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

2. **Cuando adquiere un medicamento por medio de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos**

   Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos externo a los beneficios del plan. Si obtiene medicamentos por medio de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, deberá pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

   - Conserve el recibo y envíenos una copia para el cálculo de los gastos de su bolsillo a los fines de calificar para la Etapa de cobertura catastrófica.

- **Tenga en cuenta que:** Dado que adquiere su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, el plan no pagará ninguna parte de estos costos de medicamentos. No obstante, si nos envía una copia del recibo podremos calcular los gastos de su bolsillo correctamente, y esto puede ayudarle a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

Dado que usted no solicita ningún pago en los dos casos antes descritos, esta situación no se considera una decisión de cobertura. Por lo tanto, no podrá presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 168

Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted (en otros idiomas además del inglés, en letra grande, o en formatos alternativos, etc.) 168

Sección 1.2 Debemos garantizarle acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos 169

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal. 169

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 175

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica 176

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado 178

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que sus derechos no son respetados? 178

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos 179

Sección 1.9 Información sobre las evaluaciones de nueva tecnología 179

Sección 1.10 Puede hacer sugerencias sobre derechos y responsabilidades 179

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan 180

Sección 2.1 Sus responsabilidades 180

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

Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted (en otros idiomas además del inglés, en letra grande, o en formatos alternativos, etc.)

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros con discapacidades y que no hablan español. También podemos proporcionarle información en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo ante Director of Compliance and Legal Services, 210 Park Avenue, Ste 2800, Oklahoma City, OK 73102-5621, Phone: 1-877-280-5852 (línea gratuita), o correo electrónico:compliance@globalhealth.com. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles. En esta Evidencia de cobertura o en este correo se incluye la información de contacto. También puede comunicarse con Customer Care para obtener información adicional.

Para obtener información de nuestra parte de una manera que sea apropiada para usted, llame a Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros discapacitados y de aquellos que no hablan inglés. También podemos brindarle información en letra grande o en español de forma gratuita si lo requiere. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que sea apropiada para usted, llame a Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja ante el director de cumplimiento y servicios legales, 210 Park Avenue, Ste 2800, Oklahoma City, OK 73102-5621, Teléfono: 1-877-280-5852 (línea gratuita), o correo electrónico:compliance@globalhealth.com.

También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o puede presentarla directamente en la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta Evidencia de Cobertura o puede enviarla a la dirección postal o comunicarse

con Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 1.2 Debemos garantizarle acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para que le provea y coordine sus servicios cubiertos (en el Capítulo 3, se proporcionan más detalles sobre este tema). Llame al Departamento de Servicios para Miembros a fin de conocer qué médicos aceptan a nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). También tiene derecho a consultar a un especialista en atención médica para la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.2, para conocer otros tipos de atención médica que puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP.

Como miembro del plan, usted tiene derecho a recibir consultas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período razonable de tiempo*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunamente de especialistas cuando necesita este tipo de atención. También tiene derecho a adquirir sus medicamentos recetados o renovaciones de recetas en cualquiera de las farmacias de la red sin largas demoras.

Si usted considera que no recibe atención médica o medicamentos de la Parte D en un período razonable de tiempo, lea el Capítulo 9, Sección 10 de este cuadernillo para saber lo que debe hacer. (Si usted ha rechazado la cobertura por su atención médica o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, en el Capítulo 9, Sección 4 se explica lo que debe hacer).

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de su historia clínica e información médica personal. Protegemos su información médica personal como lo establecen estas leyes.

- Su “información médica personal” incluye información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como también su historia clínica, y otra información médica y sobre su salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos para obtener información y controlar cómo se utiliza su información médica. Le entregamos un aviso escrito, llamado “Notificación de las Normas de Privacidad”, que describe estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no puedan leer ni cambiar sus registros.

- En la mayoría de los casos, si entregamos su información médica a una persona que no le provee atención ni paga por ella, *estamos obligados a obtener permiso escrito de usted primero.* El permiso escrito lo puede otorgar usted u otra persona con poder legal para tomar decisiones por usted.
- Existen ciertas excepciones en las que no estamos obligados a obtener permiso escrito de usted primero. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
  - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
  - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica, incluida información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para fines de investigación u otros, esto se realizará de acuerdo con las leyes y los reglamentos federales.

Puede ver la información en sus registros y conocer de qué manera fue divulgada a otras personas

Usted tiene derecho a ver su historia clínica archivada en el plan y obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un arancel por hacer copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o que corrijamos su historia clínica. Si solicita esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

Usted tiene derecho a conocer cómo se divulgó su información médica a otras personas por cualquier motivo que no fuera de rutina.

En caso de tener preguntas o alguna duda con respecto a la privacidad de su información médica personal, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Aviso de Prácticas de Privacidad de GlobalHealth

EN ESTE AVISO, SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (“PHI”) REVÍSELO ATENTAMENTE.

GlobalHealth se compromete a proteger la privacidad y confidencialidad de la información de salud protegida (“PHI”) de nuestros miembros en cumplimiento de las leyes y las regulaciones estatales y federales correspondientes, incluidas la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (“HIPAA”) de 1996 y la Ley de Tecnología de la Información Médica para la Salud Económica y Clínica (“HITECH”).

Cómo puede GlobalHealth usar o divulgar su información médica

Para tratamiento. Nosotros podemos usar o divulgar su PHI a un proveedor de atención médica, hospital u otro centro de atención médica para poder coordinar o facilitar el tratamiento.

Para pago. Nosotros podemos usar o divulgar su PHI para pagar reclamos de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica por los servicios que le hayan prestado y que están cubiertos por su plan de salud; para determinar su elegibilidad para los beneficios; para coordinar los beneficios; para realizar una revisión por necesidad médica; para cobrar las primas; para emitir explicaciones de los beneficios a la persona que se suscribe al plan de salud en que usted participa; y otras funciones relacionadas con pagos.

Para Operaciones del Plan de Salud. Nosotros podemos usar o divulgar la PHI sobre usted con fines operativos del Plan de salud. Algunos ejemplos incluyen manejo de riesgos, seguridad del paciente, mejoramiento de la calidad, auditoría interna, revisión de uso, revisión médica o de colegas, certificación, cumplimiento reglamentario, capacitación interna, autorización, acreditación, investigación de quejas, mejora del desempeño, etc.

Negocios y servicios relacionados con la salud. Podemos usar y divulgar su PHI para informarle sobre productos relacionados con la salud, beneficios o servicios asociados con su tratamiento, administración de la atención o tratamientos alternativos, terapias, proveedores o entornos de atención médica.

Cuando lo permite o requiere la ley. Nosotros podemos usar o divulgar la información sobre usted, según lo permita o requiera la ley. Por ejemplo, podemos divulgar información en los siguientes casos:

- A una agencia reglamentaria para llevar a cabo actividades incluidas, de manera no taxativa, autorizaciones, certificaciones, acreditaciones, auditorías, investigaciones, inspecciones e informes sobre dispositivos médicos.
- Para el cumplimiento de la ley al recibir una orden del tribunal, autorización oficial, citación u otro proceso similar.
- En respuesta a una orden de tribunal válida, citación, solicitud de exhibición u orden administrativa relacionada con una demanda, disputa o cualquier otro proceso legal.
- A las agencias de salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Para las actividades de supervisión de la salud realizadas por agencias como los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (“CMS”), el Departamento de Salud del Estado, el Departamento de Seguros, etc.
- Para propósitos de seguridad nacional, como proteger al Presidente de los Estados Unidos o realizar operaciones de inteligencia.
- Para poder cumplir con las leyes y regulaciones relacionadas con la compensación para los trabajadores.
- Para fines de coordinación de beneficios del seguro o Medicare, si corresponde.
- Cuando sea necesario para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente a una persona o al público y dicha divulgación se hace a alguien que puede prevenir o disminuir la amenaza (incluido el objetivo de la amenaza).

- En el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial, según lo requiera la ley.

Asociados comerciales. Podemos usar o divulgar su PHI a socios comerciales a quienes contratamos para proporcionar servicios en nombre nuestro. Entre los ejemplos, se pueden incluir consultores, contadores, abogados, auditores, organizaciones de información de salud, proveedores de servicios de almacenamiento de datos y registros electrónicos de salud, etc. Solo realizaremos estas divulgaciones si recibimos una garantía satisfactoria de que el socio comercial protegerá adecuadamente su PHI.

Personal o Representante Autorizado. Nosotros podemos usar o divulgar la PHI a su representante autorizado.

Familia, amigos y encargados del cuidado. Podemos divulgar su PHI a un familiar, encargado del cuidado o amigo que le acompañe o esté involucrado en su atención o tratamiento médico o que ayude a pagar su atención o tratamiento médico. Si usted no puede o no está disponible para aceptar u objetar una decisión, utilizaremos nuestro mejor juicio para comunicarnos con su familia y otras personas.

Emergencias. Podemos usar o divulgar su PHI en caso de una emergencia si el uso o la divulgación es necesaria para su tratamiento de emergencia.

Militares oVeteranos. Si usted es miembro o veterano de las Fuerzas Armadas, podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades del comando militar.

Reclusos. Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial del cumplimiento de la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al oficial del cumplimiento de la ley.

Recordatorio de citas. Podemos usar o divulgar su PHI para comunicarnos con usted como un recordatorio de que tiene una cita para el tratamiento o la atención médica. Esto se puede hacer a través de correo directo, correo electrónico o llamada telefónica. Si no está en su casa, podemos dejar un mensaje en una máquina contestadora o con la persona que responda el teléfono.

Recordatorio de medicamentos y resurtidos. Podemos usar o divulgar su PHI para recordarle que debe surtir sus recetas médicas, para comunicarle sobre el equivalente genético de un medicamento o para incentivarlo a que tome sus medicamentos con receta médica.

Conjunto de datos limitados. Si usamos su PHI para armar un “conjunto de datos limitados”, podemos dar esa información a otros con fines de investigación, acción de salud pública u operaciones de atención médica. Las personas o entidades que reciben el conjunto de datos limitados deben tomar medidas razonables para proteger la privacidad de su información.

A cualquier otro medicamento. Divulgaremos su PHI para propósitos que no se describen en este aviso solo con su autorización por escrito. La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia (según corresponda), usos y divulgaciones de PHI con fines de mercadeo o recaudación de fondos, y divulgaciones que constituyen una venta de PHI requieren su autorización por escrito.

NOTA: La información autorizada para divulgación puede incluir expedientes que puedan indicar la presencia de una enfermedad transmisible o no transmisible sobre la que se deba informar de acuerdo con la ley estatal.

Sus derechos respecto de su información médica

Derecho a inspeccionar y copiar

Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su PHI según lo indica la ley. Este derecho no se aplica a las notas de psicoterapia. Su solicitud se debe hacer por escrito. Tenemos el derecho a cobrarle las cantidades permitidas por la ley estatal y federal de esas copias. Podemos denegar su solicitud para inspeccionar y copiar sus expedientes en determinadas circunstancias. Si le deniegan el acceso, puede apelar con su Oficial de privacidad.

Derecho a comunicaciones confidenciales

Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su PHI por otros medios o en ubicaciones alternativas. Por ejemplo, puede solicitar recibir una comunicación de nuestra parte en otra dirección u otro número de teléfono. Su solicitud debe ser por escrito e identificar cómo o cuándo desea que se comuniquen con usted. Nos reservamos el derecho a rehusarnos a cumplir con su solicitud si no es razonable o no es posible hacerlo.

Derecho a un informe de divulgaciones

Tiene derecho a solicitar un informe de ciertas divulgaciones de su PHI a terceros, excepto aquellas divulgaciones hechas para tratamiento, pago o atención médica u operaciones del plan de salud y divulgaciones que se le hacen a usted, las autoriza usted o de conformidad con este Aviso. Para recibir un informe, debe presentar su solicitud por escrito y proporcionar el período específico solicitado. Puede solicitar un informe de hasta seis (6) años anteriores a la fecha de su solicitud (tres años si la PHI es un registro electrónico de salud). Si solicita más de un (1) informe en un período de 12 meses, podemos cobrarle los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos sobre los costos y usted puede revocar su solicitud antes de que incurramos en ellos.

Derecho a solicitar restricciones sobre los usos o las divulgaciones

Tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su PHI a terceros, a menos que la divulgación sea requerida o permitida por la ley. Su solicitud se debe hacer por escrito y especificar (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar el uso, la divulgación o ambos, y (3) a quién desea que apliquen las limitaciones. Nosotros no estamos obligados a cumplir con su solicitud. Si estamos de acuerdo, haremos todos los esfuerzos razonables para cumplir con su solicitud a menos que la información sea necesaria para darle tratamiento de emergencia o la divulgación ya se haya hecho o que la ley requiera la divulgación. Cualquier acuerdo con respecto a las restricciones debe estar firmado por una persona autorizada para celebrar dicho acuerdo en nuestro nombre.

Derecho a Solicitar Enmiendas de PHI

Usted tiene derecho a solicitar una enmienda de su PHI si cree que el registro es incorrecto o está incompleto. Debe presentar su solicitud por escrito y declarar las razones para la enmienda. Denegaremos su solicitud si: (1) no es una solicitud por escrito o no incluye una razón que respalde la solicitud; (2) la información no la creamos nosotros o no es parte del expediente médico que conservamos; (3) la información no es parte del expediente que usted tiene permitido revisar y

copiar, o (4) la información en el expediente es exacta y completa. Si denegamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo ante nuestro Oficial de privacidad.

Derecho a ser notificado sobre un incumplimiento

Tiene derecho a recibir la notificación sobre cualquier incumplimiento de su PHI no protegida.

Derecho a revocar una autorización

Puede revocar una autorización en cualquier momento, por escrito, pero solo en cuanto a usos o divulgaciones futuros y no con respecto a divulgaciones que ya se hayan hecho en virtud de la autorización que nos ha otorgado o cuando no se requiere autorización.

Derecho de recibir una copia de este aviso

Usted tiene el derecho de recibir una copia impresa de este aviso si lo solicita.

Cambios a este aviso

GlobalHealth se reserva el derecho a cambiar este aviso y tomar nuevas disposiciones para toda la PHI que conservamos.

Para denunciar una violación de la privacidad

Si tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos de privacidad o cree que sus derechos fueron violados, puede comunicarse con nuestro oficial de privacidad en:

ATTN: Oficial de privacidad
GlobalHealth
210 Park Avenue
Suite 2800
Oklahoma City, OK 73102
Número gratuito: 1-877-280-5852 (dejar mensaje) o
Correo electrónico: privacy@globalhealth.com

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), 200 Independence Avenue, S.W. Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. No se lo multará ni sufrirá represalias por presentar una queja.

Fecha de Entrada en Vigor: 08/01/2021

Aviso original: 04/01/2003

Revisado: 04/01/2011
04/01/2013
08/01/2021

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

Como miembro de Global Classic (HMO), usted tiene derecho a recibir varios tipos de información de nosotros. (Como se explica en la Sección 1.1 precedente, usted tiene derecho a obtener información de nosotros de manera que la pueda comprender. Esto incluye obtener información en idiomas que no sean inglés y en letra grande o en formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También se incluye información sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros y la calificación por estrellas del plan, incluidas las calificaciones que recibió de los miembros del plan y las diferencias con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red, incluidas nuestras farmacias de la red.**
  - Por ejemplo, tiene derecho a obtener información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y la forma en que nosotros pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Para ver una lista de los proveedores en la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores*.
  - Para ver una lista de las farmacias en la red del plan, consulte el *Directorio de Farmacias*.
  - Para obtener más información detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) o visitar nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este cuadernillo, se describen los servicios médicos que están cubiertos para usted, las restricciones para su cobertura y las normas que debe seguir para obtener los servicios médicos cubiertos.
  - Para obtener los detalles sobre su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D, lea los Capítulos 5 y 6 de este cuadernillo y también la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.* En estos capítulos y también en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, se detallan los medicamentos que están cubiertos y se explican las normas que usted debe seguir y las restricciones de su cobertura para ciertos medicamentos.
  - Si tiene alguna duda sobre las normas o restricciones, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

- **Información sobre por qué algunos servicios no se encuentran cubiertos y lo que puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o Medicamento de la Parte D no está cubierto para usted o si su cobertura tiene alguna restricción, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a solicitar esta explicación aun si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o una farmacia fuera de la red.
  - Si no está satisfecho o de acuerdo con una decisión que hemos tomado sobre la atención médica o el Medicamento de la Parte D cubiertos para usted, tiene derecho a solicitar que cambiemos la decisión. Puede solicitarnos que cambiemos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si un servicio no está cubierto para usted como considera que debería estar cubierto, lea el Capítulo 9 de este cuadernillo. En este, se brindan detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (En el Capítulo 9, también se describen los pasos que debe seguir para presentar una queja por la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros temas).
  - Si desea solicitar a nuestro plan que pague la parte que le corresponde de una factura que ha recibido por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, lea el Capítulo 7 de este cuadernillo.

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

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

Tiene derecho a obtener información completa por parte de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando recibe atención. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre las mejores opciones de tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar el costo ni si están cubiertas por nuestro plan. También incluye obtener información sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a utilizarlos con seguridad.
- **Tiene derecho a conocer los riesgos.** Tiene derecho a conocer los riesgos que presenta su atención. Debe conocer anticipadamente si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tendrá la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

- **El derecho a decir "no"**. Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, aun si el médico le recomienda no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar los medicamentos, deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que le pueda suceder a su cuerpo como resultado.
- **Tiene derecho a recibir una explicación si se deniega cobertura para su atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nosotros si un proveedor se ha denegado a proporcionarle atención que usted considera debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. En el Capítulo 9 de este cuadernillo, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura del plan.

Tiene derecho a dejar instrucciones sobre qué se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, los pacientes están incapacitados para tomar decisiones sobre su atención médica a causa de un accidente o una enfermedad seria. Usted tiene derecho a decidir qué quiere que suceda si se encuentra en una de estas situaciones. Esto significa que, *si usted lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgar **poder legal a otra persona para que ella tome decisiones médicas por usted** si en algún momento usted está incapacitado para tomar esas decisiones.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo usted quiere que ellos lleven a cabo su atención médica si usted llega a estar incapacitado para tomar esas decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dejar directivas anticipadas en estas situaciones se denominan "**directivas anticipadas**". Existen tipos diferentes de directivas anticipadas y se usan diferentes nombres para cada uno. Los documentos llamados "**testamentos vitales**" y "**poder notarial para atención médica**" son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea definir sus instrucciones en una "directiva avanzada", deberá:

- **Obtener el formulario.** Si desea tener una directiva anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunos comercios que venden suministros para oficinas. A veces, puede obtener un formulario de directivas anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. Usted también puede llamar a Departamento de Servicios para Miembros a fin de solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).
- **Completarla y firmarla.** Independientemente del lugar de donde obtenga este formulario, recuerde que es un documento legal. Usted debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregar copias a las personas correspondientes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario para que tome las decisiones en su lugar en caso de que usted no pueda. Tal vez también desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si usted sabe anticipadamente que necesita estar internado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital**.

- Cuando se interne en el hospital, le preguntarán si tiene un formulario de directivas anticipadas y si lo trajo consigo.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea completar una directiva anticipada o no (incluso si desea firmarla una mientras se encuentra en el hospital). Las leyes establecen que nadie le puede denegar atención médica ni discriminarlo en función de su decisión de firmar o no una directiva anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y considera que un médico u hospital no siguió sus instrucciones consignadas en la directiva, podrá presentar una queja a

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

Si tiene algún inconveniente o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos, en el Capítulo 9 de este cuadernillo le informamos qué puede hacer. Detalla la manera en que debe proceder en caso de tener cualquier tipo de problema o queja. Lo que debe hacer para realizar el seguimiento de un problema o una inquietud depende de la situación. Podría necesitar pedirle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura por usted, presentar una apelación para solicitar un cambio de decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar un queja), **estamos obligados a tratarlo justamente.**

Tiene derecho a recibir un resumen de la información sobre apelaciones y quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que sus derechos no son respetados?

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

Si usted cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados por motivos de raza, discapacidad, creencia religiosa, sexo, estado de salud, grupo étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, deberá llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o por TTY al 1-800-537-7697, o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si es por otro motivo

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y no* por discriminación, puede obtener ayuda con su problema:

- Puede **llamar a Departamento de Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O **puede llamar a Medicare** al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Puede obtener más información sobre sus derechos en varios lugares:

- Puede **llamar a Departamento de Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Derechos y protecciones de Medicare". (Esta publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
  - O puede llamar al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9 Información sobre las evaluaciones de nueva tecnología

Rapidly changing technology affects health care and medicine as much as any other industry. To determine whether a new drug or other medical development has long-term benefits, our plan carefully monitors and evaluates new technologies for inclusion as covered benefits. These technologies include medical procedures, medical devices, and new drugs.

Sección 1.10 Puede hacer sugerencias sobre derechos y responsabilidades

As a member of our plan, you have the right to make recommendations about the rights and responsibilities included in this chapter. Please call Customer Care with any suggestions (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 Sus responsabilidades

A continuación, se enumeran los pasos que debe seguir como miembro del plan. Si tiene alguna duda, llame a Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice este cuadernillo de *Evidencia de Cobertura* para conocer los servicios que están cubiertos para usted y las normas que debe seguir para obtener dichos servicios cubiertos.
  - En los Capítulos 3 y 4, puede encontrar detalles sobre sus servicios médicos, incluidos los servicios que están cubiertos, los servicios que no están cubiertos, las normas que debe seguir y lo que debe pagar.
  - En los Capítulos 5 y 6, puede encontrar detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, le solicitamos que nos lo informe.** Comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).
  - Estamos obligados a cumplir las normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted esté usando toda su cobertura en combinación cuando obtenga sus servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se llama "**coordinación de beneficios**" porque implica coordinar los beneficios de salud y medicamentos que usted obtiene por nuestro plan con otros beneficios de salud y medicamentos disponibles para usted. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, lea el Capítulo 1, Sección 10).
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Presente su tarjeta de membresía al plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que lo ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
  - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de salud a brindarle la mejor atención posible, obtenga toda la información que pueda sobre sus problemas de salud, y brinde la información que ellos requieran sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y su médico han acordado.
  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.

- Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si formula una pregunta y no comprende la respuesta, vuelva a preguntar.

- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúen de manera que ayuden a que las actividades en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - A los fines de ser elegible para nuestro plan, usted debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Algunos miembros del plan deben pagar una prima por Medicare Parte A. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima por Medicare Parte B para continuar siendo miembros del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento. Esto puede ser un copago (una suma fija) o coseguro (un porcentaje del costo total). En el Capítulo 4, se especifica lo que usted debe pagar por sus servicios médicos. En el Capítulo 6, se especifica lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
    - Si obtiene servicios médicos o medicamentos no cubiertos por nuestro plan o un plan médico adicional que pueda tener, debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este cuadernillo para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
  - Si debe pagar la suma adicional para la Parte D por sus ingresos anuales, debe pagar dicha suma directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Infórmenos si se muda.** Si usted va a mudarse, es importante que nos informe de inmediato. Puede llamar a Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).
  - **Si se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.** (En el Capítulo 1, se define nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si se muda del área de servicio, tendrá un Período especial de inscripción durante el cual podrá afiliarse a cualquier Plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
  - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicios, aún nos debe informar** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo contactarlo.
  - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.

- **Llame a Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta o duda.** También aceptamos sugerencias que pueda tener sobre cómo mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y el horario de atención de Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este cuadernillo.
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, lea el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Capítulo 9. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción ... 187
Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud ... 187
Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales? ... 187

SECCIÓN 2 Usted puede obtener asistencia de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros ... 187
Sección 2.1 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada ... 187

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas? ... 188
Sección 3.1 ¿Debería usar usted el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O, ¿debería usar el proceso para presentar quejas? ... 188

DECISIONES Y APELACIONES DE LA COBERTURA ... 189

SECCIÓN 4 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones ... 189
Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: generalidades ... 189
Sección 4.2 Cómo obtener asistencia cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación ... 190
Sección 4.3 ¿En qué parte de este capítulo se brindan detalles para su situación? ... 191

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación ... 192
Sección 5.1 En esta parte se describen los pasos a seguir si tiene algún problema para obtener la cobertura de atención médica o si usted debe solicitar un reintegro por nuestra parte del costo de su atención ... 192
Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que nuestro plan autorice o provea la cobertura de atención médica que usted desea) ... 193
Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan) ... 197
Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2 ... 201
Sección 5.5 ¿Qué sucede si usted nos solicita que le reintegremos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por atención médica? ... 203

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 204

Sección 6.1 En esta parte se describen los pasos a seguir si usted tiene algún problema para obtener un medicamento Parte D o si usted debe solicitar un reintegro por un medicamento Parte D 204

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 206

Sección 6.3 Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones 208

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 209

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 213

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 216

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto 218

Sección 7.1 Durante su internación en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos 218

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital 220

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital 223

Sección 7.4 ¿Qué sucede si usted no cumple con la fecha límite para hacer su Apelación de Nivel 1? 224

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto 227

Sección 8.1 *En esta sección, se describen solamente tres servicios:* servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) 227

Sección 8.2 Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura 228

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo 228

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo 231

Sección 8.5 ¿Qué sucede si usted no cumple con la fecha límite para hacer su Apelación de Nivel 1? 232

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más 235
Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicio médico 235
Sección 9.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de Medicamentos Parte D 236

PRESENTAR QUEJAS 238

SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos 238
Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan por el proceso de quejas? 238
Sección 10.2 “Hacer una queja” se conoce formalmente como “presentar/hacer un reclamo” 240
Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja 240
Sección 10.4 También puede presentar reclamos por la calidad de atención ante la Organización de Mejora de Calidad 241
Sección 10.5 También puede informarle su queja a Medicare 242

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

En este capítulo se describen dos tipos de procesos para tratar problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, usted deberá recurrir al **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros tipos de problemas, usted deberá recurrir al **proceso de presentación de quejas**.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar un trato justo y rápido de sus problemas, cada proceso tiene ciertas normas, procedimientos y fechas límites que usted y nosotros debemos cumplir.

¿Cuál de los dos procesos debe utilizar? Eso depende del tipo de problema que usted tenga. La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso que corresponde utilizar.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

En algunas normas, procedimientos y tipos de fechas límites explicados en este capítulo, se utilizan términos técnicos legales. La mayoría de las personas no conocen estos términos y pueden resultar difíciles de entender.

Para simplificar, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con términos más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se usa la frase “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo” y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se utiliza la menor cantidad de abreviaciones posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que usted conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Conocer los términos que se deben utilizar lo ayudará a comunicarse con mayor claridad y precisión cuando deba tratar su problema y obtener la ayuda y la información correspondientes para su situación. Para ayudarle a saber cuáles términos utilizar, hemos incluido los términos legales en las definiciones para tratar ciertos tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener asistencia de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

A veces, el inicio o seguimiento de un proceso para tratar un problema puede ser confuso. Esto es particularmente cierto si usted no se siente bien o sus energías son limitadas. En otras oportunidades, puede ser que usted no tenga los conocimientos que necesita para continuar con el siguiente paso.

Obtenga asistencia de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para prestarle asistencia. Pero, en algunas situaciones, también necesitará asistencia o guía de otras organizaciones externas no relacionadas con nosotros. Puede contactar a su **Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)** cuando lo desee. Este programa gubernamental tiene asesores capacitados en todos los estados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa le pueden ayudar a decidir qué proceso debe utilizar para tratar cualquier problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindar más información y ofrecer asesoramiento sobre qué hacer.

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

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y asistencia en caso de tener algún problema, también puede comunicarse con Medicare. Existen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

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

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?

Sección 3.1 ¿Debería usar usted el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O, ¿debería usar el proceso para presentar quejas?

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía le ayudará.

Para determinar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica, **COMIENCE AQUÍ**

¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas para determinar si determinados servicios de atención médica o medicamentos recetados están cubiertos o no, la modalidad de dicha cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).

Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Continúe con la próxima sección de este capítulo, la **Sección 4, "Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones".**

No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Pase directamente a la **Sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otros problemas".**

DECISIONES Y APELACIONES DE LA COBERTURA

SECCIÓN 4 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: generalidades

El proceso de solicitud de decisiones de cobertura y apelaciones se utiliza en el caso de problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluso problemas relacionados con pagos. Este es el proceso que debe utilizar para saber si un servicio está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (que lo favorece) siempre que le presta atención médica o si lo deriva a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si necesita saber si cubrimos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechaza una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto debemos pagar. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no se encuentra cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

En caso de no estar de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, usted puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

El proceso de apelar una decisión por primera vez, se denomina Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar que estamos cumpliendo con todas las normas correctamente. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión desfavorable original, son los encargados de manejar su apelación. Una vez que completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que trataremos más adelante, puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de apelación, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechaza una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación, enviaremos un aviso que explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si contestamos negativamente a toda o parte de su Apelación de Nivel 1, usted puede presentar una Apelación de Nivel 2. Una Organización de Revisión Independiente lleva a cabo la Apelación de Nivel 2 que no está vinculada a nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2). Si usted no está de acuerdo con la decisión de la Apelación de Nivel 2, podrá recurrir a niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2 Cómo obtener asistencia cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

¿Necesita ayuda? Estos son los recursos que puede usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Departamento de Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).
- Puede **obtener ayuda gratuita de** su programa estatal de asistencia de seguro médico (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.**
  - Para la atención médica o los medicamentos recetados de Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación en el Nivel 1, se derivará en forma automática al Nivel 2. Para solicitar una apelación pasado el nivel 2, su médico debe ser nombrado su representante.

  - Para los medicamentos de la Parte D, su médico y otro recetador pueden solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Para solicitar una apelación pasado el Nivel 2, su médico u otro recetador debe ser nombrado su representante.

- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Puede haber alguna persona que ya se encuentra legalmente autorizada para actuar como su representante según las leyes del Estado.
  - Si usted desea nombrar a un amigo, familiar, médico u otro proveedor como su representante, llame a Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) y solicite el formulario "Designación del representante". (El formulario también está disponible en la página web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdfo en nuestra página web www.GlobalHealth.com). El formulario le concede permiso a esa persona para que actúe en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que actuará en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre.** Puede contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de remisiones. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué parte de este capítulo se brindan detalles para su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Dado que cada situación tiene normas y fechas límites diferentes, le damos los detalles de cada una en una sección diferente:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en hospital más prolongada si considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto".
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto" (*Se aplica solo a los siguientes servicios*: servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés)).

Si aún no está seguro de qué parte debe consultar, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). También puede pedir asistencia o información de organizaciones gubernamentales como el SHIP que le corresponde (en el Capítulo 2, Sección 3, de este cuadernillo encontrará los números de teléfono para este programa).

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

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía de "los conceptos básicos" de decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no la ha leído, debería leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 5.1 En esta parte se describen los pasos a seguir si tiene algún problema para obtener la cobertura de atención médica o si usted debe solicitar un reintegro por nuestra parte del costo de su atención

En esta sección, se describen sus beneficios por atención médica y servicios. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este cuadernillo: *Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar*). Para simplificar, generalmente nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "atención médica o tratamiento o servicios médicos" en cada ocasión. El término "atención médica" incluye elementos médicos y servicios, así como medicamentos recetados de Medicare Parte B. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud para un medicamento recetado de Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos recetados de Parte B son diferentes de las normas para los elementos médicos y los servicios.

En esta sección, se describe qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted no recibe la atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea administrarle y usted considera que esta atención está cubierta por el plan.
3. Ha recibido atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos por esta atención.
4. Ha recibido y pagado por la atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso por esta atención.
5. Le han informado que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (previamente aprobada por nosotros) será reducida o cancelada y considera que eso podría perjudicar su salud.

NOTA: **Si la cobertura que se va a interrumpir es por atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF)**, usted deberá leer otra parte de este capítulo, ya que rigen normas especiales para estas modalidades de atención. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:

- Capítulo 9, Sección 7: *Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en hospital más prolongada si considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto.*
- Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que la cobertura finaliza demasiado pronto*.En esta sección, se describen tres servicios solamente: atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada y servicios en un CORF.

Para *todas las demás* situaciones en que se le informa que la atención médica que ha estado recibiendo será cancelada, lea esta sección (Sección 5) como guía sobre qué hacer.

¿En qué situación se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Quiere saber si cubriremos la atención médica que necesita?	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Continúe con la siguiente parte de este capítulo, la **Sección 5.2**.
Si ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico del modo que usted quisiera.	Puede presentar una **apelación**. (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Pase directamente a la **Sección 5.3** de este capítulo.
Si quiere solicitarnos que le reintegremos los gastos por la atención médica que ya ha recibido y pagado.	Puede enviarnos la factura. Pase directamente a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que nuestro plan autorice o provea la cobertura por atención médica que usted desea)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se llama **“determinación de organización”**.

Primer paso: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura por la atención médica que solicita. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, deberá solicitar que tomemos una **"decisión de cobertura rápida".**

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina **"determinación acelerada"**.

Cómo solicitar cobertura por la atención médica que usted desea

- Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Esto lo puede hacer usted, su médico o su representante.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada: *Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura por su atención médica*.

Generalmente, utilizamos los plazos estándares para comunicarle nuestra decisión

Cuando le informemos nuestra decisión, aplicaremos los plazos "estándares" a menos que hayamos aceptado aplicar los plazos "rápidos". **Una decisión de cobertura estándar significa que le comunicaremos una respuesta dentro de los 14 días naturales** después de recibir su solicitud **para un elemento médico o servicio**. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo,** en el caso de una solicitud **para un elemento médico o servicio, nos podemos extender hasta 14 días naturales más** si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información (por ejemplo, la historia clínica a proveedores fuera de la red) que lo pueda beneficiar. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una "queja rápida" por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una "decisión de cobertura rápida"

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un elemento o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le responderemos dentro de las 24 horas.**

  - **Sin embargo,** en el caso de una solicitud **para un elemento médico o servicio, nos podemos extender hasta 14 días naturales más** si descubrimos que falta información (por ejemplo, historias clínicas elaboradas por proveedores fuera de la red) que lo puede beneficiar o si usted necesita tiempo para brindarnos información para la revisión. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
  - Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una "queja rápida" por nuestra decisión de extender el plazo. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Nos comunicaremos con usted tan pronto como hayamos tomado la decisión.

- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si está solicitando cobertura por atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es por el pago de atención médica que ya ha recibido).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si, con la aplicación de los plazos estándares, tanto *su salud como su capacidad de funcionar pueden resultar perjudicadas*.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente acordaremos otorgarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión de cobertura rápida.
  - Si determinamos que su afección médica no reúne los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para informarle nuestra determinación (y, en su lugar, aplicaremos los plazos estándares).
  - Esta carta le informará que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.
  - La carta también le informará cómo puede presentar una "queja rápida" por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Segundo paso: Consideramos su solicitud por cobertura de atención médica y le informamos nuestra respuesta.

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- Generalmente, en el caso de una decisión de cobertura rápida en una solicitud para un elemento médico o servicio, le informaremos nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**.

Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le responderemos **dentro de las 24 horas.**

- Como se explicó anteriormente, el plazo se puede extender hasta 14 días naturales más en ciertas circunstancias. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una "queja rápida" por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
- Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas (o si se establece un plazo extendido, al final de dicho plazo) o de 24 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de Parte B, tiene derecho a presentar una apelación. En la siguiente Sección 5.3, describimos los pasos a seguir para presentar una apelación.

- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita detallada para explicarle por qué nuestra respuesta fue negativa.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar"

- Generalmente, en el caso de una decisión de cobertura rápida, en una solicitud para un elemento médico o servicio, le informaremos nuestra respuesta **dentro de los 14 días naturales de haber recibido su solicitud.** Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud.
  - En el caso de una solicitud para un elemento médico o servicio, el plazo puede extenderse hasta 14 días naturales más ("un plazo de tiempo extendido") en ciertos casos. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
  - Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una "queja rápida" por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 14 días naturales (o si se establece un plazo extendido, al final de dicho plazo) o dentro de las 72 horas si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B, tiene derecho a presentar una apelación. En la siguiente Sección 5.3, describimos los pasos a seguir para presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa.

Tercer paso: Si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura por atención médica es negativa, decidirá si desea presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos –y tal vez cambiemos – esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa que hará otro intento por obtener la cobertura de atención médica que usted desea.
- Si decide presentar una apelación, eso significa que ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación presentada ante el plan por una decisión de cobertura de atención médica se llama **“reconsideración”.**

Primer paso: Usted se comunica con nosotros y presenta la apelación. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, usted deberá solicitar una **“apelación rápida”.**

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, lea el Capítulo 2, Sección 1 y busque una sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación por su atención médica.*
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito enviando una solicitud.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando haga una apelación sobre su atención médica*).

  - Si alguna otra persona, además de su médico, apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir un Formulario para nombramiento del representante en el que se autorice a esa persona a que lo represente. Para obtener el formulario, comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) y solicite el formulario "Designación del representante". También está disponible en la página web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestra página web en www.GlobalHealth.com. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, solo podremos comenzar o completar nuestra revisión cuando lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días naturales después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será destituida. En caso de que esto suceda, le enviaremos un aviso por escrito en el que se expliquen sus derechos para solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **Si usted solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos** por teléfono al número indicado en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo contactarnos a nosotros para presentar una apelación por su atención médica*).
- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 60 días naturales** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones por no haber cumplido el plazo, se pueden incluir los siguientes: tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le entregamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información concerniente a su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
  - Tiene derecho a solicitar una copia de la información relacionada con su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede comunicarse con nosotros para presentar una solicitud)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada".**

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos con respecto a una cobertura de atención médica que aún no ha recibido, usted o su doctor deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que se observan para obtener una "decisión de cobertura rápida". Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se describen más arriba en esta sección).
- Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una "apelación rápida", le otorgaremos una apelación rápida.

Segundo paso: Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, volvemos a revisar detalladamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si lo necesitamos, reunimos más información. Es probable que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
  - Sin embargo, si usted solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días naturales más** si su solicitud es por un elemento médico o servicio. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final de la extensión del plazo si tomamos días adicionales), estamos obligados a trasladar su solicitud en forma automática al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será sometida a revisión por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, incluimos más información sobre esta organización y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, enviaremos en forma automática su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si utilizamos las fechas límite estándares, debemos informarle nuestra respuesta a la solicitud sobre el elemento o servicio médico **dentro de los 30 días naturales** después de recibir su apelación, si su apelación es sobre la cobertura de servicios que usted aún no ha recibido. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días naturales** después de recibir su solicitud. Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si su estado de salud lo requiere.
  - Sin embargo, si usted solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días naturales más** si su solicitud es por un elemento médico o servicio. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
  - Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una "queja rápida" por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le informamos nuestra respuesta antes de la fecha límite aplicable mencionada (o antes del final del plazo extendido si nos tomamos días adicionales en su solicitud para un elemento médico o servicio), estamos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será sometida a revisión por una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, le brindamos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos acordado dentro de los 30 días naturales, o **dentro de los 7 días naturales** si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, enviaremos en forma automática su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Tercer paso: Si nuestro plan rechaza en forma parcial o total su apelación, su caso será trasladado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al momento de rechazar su apelación, **estamos obligados a trasladar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, significa que su apelación se traslada al siguiente nivel del proceso de apelaciones, el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2

Si contestamos negativamente a su Apelación de Nivel 1, su caso será trasladado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se denomina **"IRE (por sus siglas en inglés)".**

Primer paso: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Es una empresa seleccionada por Medicare para actuar como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su "expediente del caso". **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una "apelación rápida" en el nivel 1, también tendrá una "apelación rápida" en el nivel 2

- Si usted presentó una apelación "rápida" en el nivel 1, también recibirá automáticamente una apelación "rápida" en el nivel 2. La organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de que haya recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un elemento o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días naturales más**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Si tuvo una "apelación estándar" en el nivel 1, también tendrá una "apelación estándar" en el nivel 2

- Si usted presentó una apelación estándar en el nivel 1, también recibirá automáticamente una apelación estándar en el nivel 2. Si su solicitud es por un elemento o servicio médico, la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días naturales** a partir de la recepción de su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B, la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días naturales** a partir de la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un elemento o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días naturales más**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Segundo paso: La Organización de Revisión Independiente le informa su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

- **Si la organización de revisión da una respuesta afirmativa a parte o a toda una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o proveer el servicio dentro de los 14 días naturales de haber recibido la decisión de la organización revisora para las solicitudes estándar o dentro de las 72 horas de la fecha en la que el plan reciba la decisión de la organización revisora para solicitudes aceleradas.
- **Si la organización de revisión dice que sí a una parte o a toda la solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en cuestión dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándares** o dentro de las **24 horas** de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es total o parcialmente negativa**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
  - Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, tiene derecho a realizar una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el nivel 3, el valor dólar de la cobertura de atención médica que solicita debe alcanzar un valor mínimo determinado. Si el valor dólar de la cobertura que solicita es muy bajo, no podrá presentar otra apelación; lo que significa que la decisión tomada en el nivel 2 es definitiva. El aviso escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará sobre cómo conocer la suma de dinero para continuar con el proceso de apelaciones.

Tercer paso: Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si su Apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, deberá decidir si desea continuar con el nivel 3 y presentar una tercera apelación. En el aviso escrito que recibirá después de su Apelación de Nivel 2, se incluyen los detalles sobre cómo proceder en este caso.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si usted nos solicita que le reintegremos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por atención médica?

Si necesita solicitarnos el pago de atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este cuadernillo: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que usted puede necesitar pedir un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

Solicitar un reembolso significa que nos está solicitando una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación en la que solicita un reembolso, nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)*). También verificaremos si usted cumplió con todas las normas para utilizar su cobertura de atención médica (estas normas se detallan en el Capítulo 3 de este cuadernillo: *Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos).*

Responderemos afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si la atención médica que usted pagó está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica en un plazo de 60 días naturales después de haber recibido su solicitud. O, si no pagó por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que responder *afirmativamente* a su solicitud por una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta o si usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos los servicios y los motivos detallados por los cuales no pagaremos. (Rechazar su solicitud de pago es lo mismo que responder *negativamente* a su solicitud por una decisión de cobertura).

¿Qué sucede si solicita un pago y le informamos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **usted podrá presentar una apelación.** Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, nosotros debemos informarle nuestra respuesta en un plazo de 60 días naturales después de recibir su apelación. (Si solicita un reintegro por atención médica que usted mismo ya ha recibido y pagado, no podrá solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de denegar un pago, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 30 días naturales. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días naturales.

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

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía de “los conceptos básicos” de decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no la ha leído, debería leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1 En esta parte se describen los pasos a seguir si usted tiene algún problema para obtener un medicamento Parte D o si usted debe solicitar un reintegro por un medicamento Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para varios medicamentos recetados. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. (Una “indicación médica aceptada” consiste en el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o avalado por determinados libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada).

- **Esta sección se refiere solamente a sus Medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente usamos el término “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “Medicamento de la Parte D”.

- Para obtener más detalles sobre lo que significa “medicamentos Parte D”, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, normas y restricciones de cobertura e información de costos, lea el Capítulo 5 (*Cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Parte que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Tal como se analizó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o sobre la suma que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina **“determinación de cobertura”.**

A continuación, mencionamos ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicita para sus Medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, incluidos los siguientes casos:
  - Solicitar cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
  - Nos solicita que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que usted puede obtener).
  - Solicitar el pago de una suma de costo compartido menor por un medicamento en una categoría de costo compartido superior
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto y si usted cumple con las normas de cobertura aplicables. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero le exigimos obtener nuestra aprobación antes de cubrirlo).
  - *Tenga en cuenta que:* Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede adquirirse tal como se indica, la farmacia le entregará un aviso por escrito para que se comunique con nosotros y solicite una decisión de cobertura.
- Usted nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud para una decisión de cobertura por pagos.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use el cuadro que figura a continuación para determinar qué parte contiene información pertinente a su caso:

¿En qué situación se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra lista de medicamentos o necesita que renunciemos a una norma o restricción aplicada a algún medicamento que cubrimos.	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo.
Si desea que cubramos un medicamento que se encuentra en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con todas las normas o restricciones del plan (como, por ejemplo, obtener una aprobación anticipada) para el medicamento que necesita.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Pase directamente a la **Sección 6.4** de este capítulo.
Si desea solicitarnos un reembolso del costo de un medicamento que ya ha recibido y pagado.	Puede pedirnos que le rembolsemos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Pase directamente a la **Sección 6.4** de este capítulo.
Si ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento como usted quiere.	Puede presentar una apelación. (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Pase directamente a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto como usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión acerca de la cobertura. Al igual que con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud para una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro recetador deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué necesita que se apruebe la excepción. Luego consideraremos su solicitud. A continuación, detallamos tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro recetador pueden solicitarnos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D para usted que no está incluido en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).*** (La llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar).

Términos legales
Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **"excepción de formulario"**.

- Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está incluido en la Lista de Medicamentos, usted deberá pagar la cantidad del costo compartido que aplica a los medicamentos de la Categoría 4 (Medicamentos no preferidos). No puede solicitar una excepción por el monto del copago ni del coseguro que requerimos que pague por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Se establecen normas o restricciones adicionales que se aplican para ciertos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales
Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **"excepción de formulario".**

- Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
  - *Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento* en lugar del medicamento de marca registrada.
  - *Obtener la aprobación del plan por anticipado*, antes de que aceptemos cubrir el medicamento. (Esto a veces se denomina "autorización previa").
  - *Estar obligado a probar otro medicamento primero* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. (Esto a veces se denomina "terapia progresiva").
  - *Límites de cantidades*. En el caso de algunos medicamentos, se establecen restricciones sobre la cantidad del medicamento que usted puede obtener.
- Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción aplicada a su caso, usted podrá solicitar una excepción por el monto del copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a una categoría de costo compartido menor.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos se incluyen en una de las cinco categorías de costo compartido. En general, cuanto menor sea la categoría de costo compartido, menor será la parte que deberá pagar por el costo del medicamento.

Términos legales
Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una **"excepción de categoría".**

- Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamento(s) alternativo(s) para tratar su afección médica que se encuentra(n) en una categoría de costo compartido menor que su medicamento, nos puede solicitar que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al/a los medicamento(s) alternativo(s). De esta manera, usted pagaría menos por la parte del costo del medicamento que le corresponde.
  - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por la suma de costo compartido que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de producto biológico para el tratamiento de su afección.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por la suma de costo compartido que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de marca para el tratamiento de su afección.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por la suma de costo compartido que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de marca o genéricas para el tratamiento de su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos la categoría de costo compartido de ningún medicamento de la Categoría 5 (Medicamentos Especializados).
- Si nosotros aprobamos su pedido para una excepción de categoría y hay más que una categoría de costo compartido menor con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará la suma menor.

Sección 6.3 Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones

Su médico debe especificar las razones médicas

Su médico u otro recetador deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro recetador cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo podría tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos colaterales ni otros problemas de salud, generalmente, *no* aprobaremos la solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de categoría, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que los medicamentos alternativos de las categorías más bajas de costos compartidos no le resulten efectivos o es probable que causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su condición.
- Si respondemos negativamente a su solicitud para una excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la Sección 6.5, se describen los pasos que debe seguir para presentar una apelación si nuestra respuesta es negativa.

En la siguiente sección le explicamos cómo debe solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

<u>Primer paso:</u> Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura por los medicamentos o pagos que necesita. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, deberá solicitar que tomemos una "decisión de cobertura rápida". No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo un reintegro por un medicamento que ya compró.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, enviarnos una carta o un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional recetador) puede hacer esto. Usted también puede acceder al proceso para decisiones de cobertura mediante nuestro sitio web. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la parte titulada *Cómo puede contactarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura por sus medicamentos recetados de la Parte D*. O si nos está solicitando un reintegro por un medicamento, consulte la parte titulada *Dónde enviar una solicitud para solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo por atención médica o por un medicamento que usted ha recibido.*

- **Usted o su médico u otra persona que actúa en su nombre** puede solicitar una decisión de cobertura. En la Sección 4 de este capítulo, se explica cómo puede conceder un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante. Usted también puede buscar a un abogado que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos un reintegro por un medicamento,** primero lea el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que usted puede necesitar solicitar un reembolso. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que haya pagado.
- **Si solicita una excepción, presente la "declaración de apoyo**".Su médico u otro recetador debe explicar las razones médicas que justifiquen la excepción por medicamentos que usted solicita. (A esto lo llamamos la "declaración de apoyo"). Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Como alternativa, su médico u otro recetador nos puede comunicar las razones por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre solicitudes de excepciones.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluidas las solicitudes presentadas en el Formulario de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina **"determinación de cobertura acelerada"**.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una "decisión de cobertura rápida"

- Cuando le informemos nuestra decisión, aplicaremos los plazos "estándares" a menos que hayamos aceptado aplicar los plazos "rápidos". Una decisión de cobertura estándar significa que le informaremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le informaremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:**
  - Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita *un medicamento que aún no haya recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si está solicitando un reintegro por un medicamento que ya compró).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si, con la aplicación de los plazos estándares, tanto *su salud como su capacidad de funcionar pueden resultar perjudicadas*.

- **Si su médico u otro recetador nos informa que su estado de salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos tomar una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico u otro recetador), determinaremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida.
  - Si determinamos que su afección médica no reúne los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para informarle nuestra determinación (y, en su lugar, aplicaremos los plazos estándares).
  - Mediante esta carta, se le informará que, si su médico u otro recetador solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.
  - Mediante la carta, también se le informará cómo presentar una queja porque hayamos determinado darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Se le informa cómo presentar una "queja rápida", lo que significa que recibiría nuestra respuesta en un plazo de 24 horas posterior a la recepción de la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Segundo paso: Consideramos su solicitud y le comunicamos nuestra respuesta.

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos informarle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas**.
  - Generalmente, esto significa un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o a toda su solicitud es negativa,** le enviaremos una declaración escrita en la cual le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto a un medicamento que usted todavía no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos informarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**.
  - Generalmente, esto significa un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud –**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que hemos acordado proveer **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud o declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita en la cual le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una "Decisión de cobertura estándar" con respecto a un pago por un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días naturales** de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 14 días naturales de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita en la cual le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

Tercer paso: Si contestamos negativamente a su solicitud de cobertura, usted debe decidir si desea presentar una apelación.

- Si contestamos negativamente, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedir que reconsideremos, y tal vez que cambiemos, la decisión que tomamos.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan por una decisión de cobertura de medicamentos Parte D se denomina una **"redeterminación"** del plan.

Primer paso: Usted se comunica con nosotros y presenta la Apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, usted deberá solicitar una **"apelación rápida".**

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otro recetador) debe comunicarse con nosotros.**
  - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax, correo o en nuestra página web por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección titulada *Cómo contactarnos para presentar una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación presentando una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos por teléfono al número indicado en el Capítulo 2, Sección 1** *(Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D)*.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluidas las solicitudes presentadas en el Formulario de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.
- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 60 días naturales** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones por no haber cumplido el plazo, se pueden incluir los siguientes: tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le entregamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Usted puede solicitar una copia de la información en su apelación y añadir más información.**
  - Tiene derecho a solicitar una copia de la información relacionada con su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico u otro recetador pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina "**redeterminación acelerada**".

Si su estado de salud lo requiere, solicite una "apelación rápida"

- Si está apelando una decisión que tomamos por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro recetador deberá decidir si requiere una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida" detallados en la Sección 6.4 de este capítulo.

Segundo paso: Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro recetador para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos informarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.** Le comunicaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
  - Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. Más adelante en esta sección, le brindamos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a una parte o a toda su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 7 días naturales** de recibida su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si considera que su salud así lo requiere, deberá solicitar una "apelación rápida".
  - Si no le informamos nuestra decisión en un plazo de 7 días naturales, deberemos trasladar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. Más adelante en esta sección, le brindamos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud –**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, **debemos proveer la cobertura** que hemos acordado proveer a la mayor brevedad posible según lo requiere su estado de salud, pero **antes de los 7 días naturales** de recibida su apelación.
  - Si aprobamos su solicitud de un reintegro por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días naturales** después de recibida su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a una parte o a toda su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito en donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si usted está solicitando que le reembolsemos el dinero por un medicamento que ya ha comprado, tenemos que darle una respuesta **dentro de los 14 días naturales** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no le informamos nuestra decisión en un plazo de 14 días naturales, deberemos trasladar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 30 días naturales de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita en la cual le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Tercer paso: Si contestamos negativamente a su apelación, usted decidirá si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si contestamos negativamente a su apelación, usted puede aceptar esta decisión o continuar y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación será trasladada al nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte la información a continuación).

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si contestamos negativamente a su apelación, usted puede aceptar esta decisión o continuar y presentar otra apelación. Si usted decide continuar con una Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** analiza nuestra decisión cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se denomina **"IRE (por sus siglas en inglés)".**

Primer paso: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro recetador) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si contestamos negativamente a su Apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta Apelación de Nivel 2, los plazos que se establecen y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su "expediente del caso". **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

Segundo paso: La Organización de Revisión Independiente efectúa una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa seleccionada por Medicare para analizar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que le ofrecemos.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. Esta organización le informará su decisión por escrito y explicará las razones de ella.

Plazos para "apelaciones rápidas" en el nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una "apelación rápida".
- Si la organización revisora decide otorgarle una "apelación rápida," la organización revisora deberá darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de recibida su solicitud de apelación.
- **Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es afirmativa para una parte o toda su solicitud,** debemos proveer la cobertura de medicamentos aprobada por la organización revisora **dentro las 24 horas** de haber recibido nosotros la decisión de la organización revisora.

Plazos para "apelaciones estándares" en el nivel 2

- Si usted presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días naturales** de recibida su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si usted está solicitando que le reembolsemos el dinero por un medicamento que ya ha comprado, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días naturales** después de haber recibido su solicitud.
- **Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es afirmativa para una parte o para la totalidad de su solicitud:**
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura por el medicamento** aprobada por la organización revisora **dentro de las 72 horas** de recibida la decisión de la organización revisora.
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reintegro por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago usted dentro de los 30 días naturales** de recibida la decisión de la organización revisora.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde negativamente a su apelación?

Si esta organización responde negativamente a su apelación, significa que la organización acuerda con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").

Si la Organización de Revisión Independiente "confirma la decisión", tiene derecho a realizar una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de nivel 3, el valor dólar de la cobertura de medicamentos que solicita debe alcanzar una suma mínima. Si el valor dólar de la cobertura del medicamento que solicita es muy bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el nivel 2 será definitiva. Mediante el aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente, se le informará el valor dólar que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Tercer paso: Si el valor dólar de la cobertura que solicita cumple el requisito, debe elegir si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si su Apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, deberá decidir si desea continuar con el nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho de recibir todos los servicios de hospital cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo: *Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)*.

Durante su internación cubierta en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. También lo ayudarán a coordinar la atención que podrá requerir después del alta.

- El día que usted se retira del hospital se denomina la "**fecha de alta**".
- Cuando se haya determinado su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada. Esta sección le explica cómo debe hacer la solicitud.

Sección 7.1 Durante su internación en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos

Durante su internación cubierta en el hospital, recibirá un aviso escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cuando se internan en un hospital. Algún integrante del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera) debe entregarle este aviso en un plazo de dos días después de haber sido internado. Si no le entregan este aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están

impresos en la contraportada de este cuadernillo). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no lo comprende.** Le informa sus derechos como paciente del hospital, incluido lo siguiente:
   - Su derecho de recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su internación en el hospital, según lo indicado por su médico. Esto incluye su derecho a conocer en qué consisten esos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
   - Su derecho a participar en las decisiones con respecto a su internación en el hospital y a conocer quién la pagará.
   - Dónde presentar sus inquietudes con respecto a la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a apelar la decisión de su fecha de alta si considera que es muy repentina.

Términos legales
El aviso escrito de Medicare le informa cómo puede "**solicitar una revisión inmediata**".Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar una demora de su fecha de alta para que se extienda su cobertura de atención hospitalaria. (En la Sección 7.2 que figura a continuación le informamos cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. **Se le solicitará firmar el aviso escrito como acuse de recibo y para demostrar que comprende sus derechos.**
   - Usted u otra persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso. En la Sección 4 de este capítulo, se explica cómo puede conceder un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante.
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. Este aviso no especifica su fecha de alta (su médico o personal del hospital le informarán su fecha de alta). Firmar el aviso ***no* significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.
3. **Conserve su copia** del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud por la calidad de atención) a mano en caso de necesitarla.
   - Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha del alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de que le programen el alta.
   - Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Atenicón al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en línea ingresando a www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y las fechas límites.

- **Siga el proceso.** A continuación se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple con las fechas límites correspondientes a los trámites que debe realizar.
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, el Departamento de Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso.

Primer paso: Contacte a la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta del hospital. Deberá actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización de Mejoramiento de Calidad?

- Esta organización está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Esta organización recibe el pago de Medicare para analizar y ayudar a mejorar la calidad de atención a los beneficiarios de Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que usted recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo puede comunicarse con esta organización. (O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado consulte el Capítulo 2, Sección 4 de este cuadernillo).

Actúe rápidamente:

- Para presentar la apelación, usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad *antes* de retirarse del hospital y **a más tardar a la medianoche de su fecha de alta programada**.(Su "fecha de alta programada" es la fecha que ha sido fijada para que usted se retire del hospital).

  - Si cumple este plazo, podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por la estadía* mientras espera la decisión de su apelación de la Organización de Mejoramiento de Calidad.
  - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *deberá pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.
- Si usted no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad y aún desea presentar su apelación, deberá presentar en cambio la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles acerca de esta otra forma para hacer su apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una "revisión rápida":

- Debe solicitar a la Organización de Mejoramiento de Calidad una **"revisión rápida"** de su alta. Solicitar una "revisión rápida" significa que está solicitando que la organización aplique las fechas límites "rápidos" para una apelación en lugar de los las fechas límites estándares.

Términos legales
Una "**revisión rápida**" también se denomina "**revisión inmediata**" o "**revisión acelerada**".

Segundo paso: La Organización de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, consultarán a su médico y analizarán nuestra información y la del hospital.

- Antes del mediodía del día posterior al que los revisores informaron a nuestro plan acerca de su apelación, usted también recibirá un aviso escrito en el que se informa su fecha de alta programada y se explican en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Términos legales
Esta explicación escrita se denomina "**Aviso Detallado de Alta**".Puede obtener una muestra de este aviso llamando a Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver un ejemplo del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

Tercer paso: Dentro del día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de Calidad le informará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la respuesta a su apelación de la organización revisora es *afirmativa*, **debemos continuar cubriendo sus servicios hospitalarios para pacientes internados por el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta a su apelación de la organización revisora es *negativa*, significa que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** el mediodía de la fecha *después* de que la Organización de Mejoramiento de Calidad le informe la respuesta de su apelación.
- Si la respuesta de la organización revisora a su apelación es *negativa* y usted decide permanecer internado en el hospital, **usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria que usted recibe a partir de las 12 del mediodía del día después de que la Organización de Mejoramiento de Calidad le informe la respuesta a su apelación.

Cuarto paso: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización de Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación, *y* usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que su caso será trasladado al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización de Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación *y* usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó durante su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su internación posterior a la fecha de alta programada.

A continuación se describen los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Primer paso: Debe contactar a la Organización de Mejoramiento de Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días naturales** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad contestó *negativamente* a su Apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si usted permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

Segundo paso: La Organización de Mejoramiento de Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Tercer paso: Dentro de los 14 días naturales después de la recepción de solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización de Mejoramiento de Calidad tomarán una decisión por su apelación y le informarán su decisión.

Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa:

- **Deberemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que usted recibió a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados, siempre que sea médicamente necesario**.
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión es negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se denomina "confirmar la decisión".
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que será administrado por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Cuarto paso: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si continuará su apelación en el Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, podrá optar por aceptar esa decisión o continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador.
- En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si usted no cumple con la fecha límite para hacer su Apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación

Cómo ya se explicó en la Sección 7.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad e iniciar su primera apelación por su alta del hospital. ("Rápidamente" significa antes de dejar el hospital y no más tarde que su fecha de alta programada, lo que suceda primero). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, puede presentar la apelación por otros medios.

Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Si usted no cumple la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, podrá apelar ante nosotros, solicitando una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que aplica los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina "**apelación acelerada**".

Primer paso: Comuníquese con nosotros para solicitar una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación por su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida".** Esto significa que nos solicita una respuesta con plazos "rápidos" en lugar de plazos "estándares".

Segundo paso: Efectuamos una "revisión rápida" de su fecha de alta programada y verificamos si es correcta desde el punto de vista médico.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estancia en el hospital. Verificamos si su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Verificamos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las normas.
- En este caso, aplicaremos los plazos "rápidos" en lugar de los plazos estándares para informarle nuestra respuesta a esta revisión.

Tercer paso: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es afirmativa,** significa que estamos de acuerdo con usted en que su internación en el hospital debe prolongarse después de la fecha de alta y que continuaremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si respondemos negativamente a su apelación rápida,** significa que consideramos que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que decidimos que finalizaría su cobertura.
  - Si usted permaneció internado en el hospital *después* de su fecha de alta programada, **usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria recibida después de la fecha de alta programada.

Cuarto paso: Si respondemos *negativamente* a su apelación rápida, su caso será trasladado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al momento de rechazar su apelación rápida, **estamos obligados a trasladar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, significa que su caso se traslada *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativo* de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se denomina **"IRE (por sus siglas en inglés)".**

Primer paso: Su caso será trasladado automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. El procedimiento para quejas es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 10 de este capítulo, se describen los pasos que se deben seguir para presentar una queja).

Segundo paso: La Organización de Revisión Independiente efectúa una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una empresa seleccionada por Medicare para actuar como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación por el alta del hospital.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *afirmativa***, debemos reembolsarle (devolverle el dinero) nuestra parte de los costos de la atención que usted recibió en el hospital desde su fecha de alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan por sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la suma de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *negativa***, significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta programada del hospital era correcta desde el punto de vista médico.

- El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. Le informará los detalles sobre cómo pasar al Nivel 3 de apelación, que es administrado por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Tercer paso: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si acepta la decisión o si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores contestan negativamente a su Apelación de Nivel 2, usted decide si desea continuar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 8.1 *En esta sección, se describen solamente tres servicios:* servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).

En esta sección, se describen *solamente* los siguientes tipos de atención:

- Los **servicios de atención médica domiciliaria** que usted recibe.
- La **atención de enfermería especializada** que usted recibe como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos que se deben reunir para ser considerado un "centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).
- **Cuidado de rehabilitación** que usted recibe como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) aprobado por Medicare Normalmente, esto significa que usted recibe tratamiento por una enfermedad o un accidente o se está recuperando de una cirugía mayor. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para realizar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluidos su parte de los costos y las limitaciones que se pueden aplicar en la cobertura, consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo: *Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)*.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, debemos informarle por anticipado. Cuando finalice su cobertura por esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

1. **Usted recibe un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan finalice la cobertura de su atención, recibirá un aviso.
   - El aviso escrito le informa la fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
   - El aviso escrito también le informa cómo debe proceder si desea solicitar que nuestro plan cambie la decisión acerca de cuándo finalizar su atención y prolongue la cobertura por más tiempo.

Términos legales
Al informarle lo que puede hacer, el aviso escrito le está diciendo que puede solicitar una "**apelación rápida**".Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo finalizará su atención. (La Sección 8.3 que figura a continuación explica cómo debe proceder para solicitar una apelación rápida). El aviso escrito se denomina "**Notificación de no cobertura de Medicare**".

2. **Se le solicitará firmar el aviso escrito como acuse de su recibo.**
   - Usted u otra persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso. (La Sección 4 le informa cómo debe proceder para otorgar un permiso escrito a una persona que actuará como su representante).
   - Al firmar el aviso, demuestra *solamente* que recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmar este aviso <u>no</u> significa que usted está de acuerdo** con el plan de que debe finalizar la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y las fechas límites.

- **Siga el proceso.** A continuación se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.

- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple con las fechas límite correspondientes a los trámites que debe realizar. También se establecen fechas límite que nuestro plan debe cumplir. (Si usted cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo se explican los pasos a seguir para presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si solicita una Apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización de Mejoramiento de Calidad la revisará y decidirá si la decisión tomada por nuestro plan debe cambiar.

Primer paso: Presente su Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una revisión. Deberá actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización de Mejoramiento de Calidad?

- Esta organización está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Ellos analizan la calidad de atención de los beneficiarios de Medicare y efectúan una revisión de las decisiones del plan respecto de cuándo finaliza la cobertura de ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- Mediante el aviso escrito que recibió, se le informa cómo comunicarse con esta organización. (O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado consulte el Capítulo 2, Sección 4 de este cuadernillo).

¿Qué debe solicitar usted?

- Solicite a esta organización una “apelación rápida” (para realizar una revisión independiente) para verificar si es correcto desde el punto de vista médico que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para contactar a esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad para iniciar su apelación al mediodía anterior a la fecha de vigencia indicada en la Notificación de no cobertura de Medicare.
- Si usted no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad y aún desea presentar su apelación, deberá presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener más detalles acerca de esta otra forma para hacer su apelación, consulte la Sección 8.5.

Segundo paso: La Organización de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, consultará con su médico y analizará la información que nuestro plan le ha entregado.
- Al final del día, los revisores nos habrán informado sobre su apelación; y también le proporcionaremos un aviso por escrito donde se expliquen en detalle las razones por las cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Este aviso con explicaciones se denomina "**Explicación detallada de no cobertura".**

Tercer paso: Dentro de un día completo después de haber recibido toda la información que requieren, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores contestan afirmativamente a su apelación?

- Si los revisores contestan *afirmativamente* a su apelación, **debemos continuar la provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo médicamente necesario**.
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, se pueden establecer limitaciones a sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo).

¿Qué sucede si los revisores contestan negativamente a su apelación?

- Si los revisores contestan *negativamente* a su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos informado**.Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Si usted decide continuar recibiendo atención médica domiciliaria o atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por esta atención.

Cuarto paso: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que presenta es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores contestan *negativamente* a su Apelación de Nivel 1 – y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención – usted podrá presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que su caso será trasladado al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, usted podrá presentar una apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó durante su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.

A continuación se describen los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Primer paso: Debe contactar a la Organización de Mejoramiento de Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad contestó *negativamente* a su Apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura por atención médica.

Segundo paso: La Organización de Mejoramiento de Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Tercer paso: Dentro de los 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión contesta afirmativamente a su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** de atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.

- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones para la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión contesta negativamente?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que será administrado por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Cuarto paso: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar el proceso de apelaciones.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, podrá optar por aceptar esa decisión o continuar con el Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador.
- En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si usted no cumple con la fecha límite para hacer su Apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad e iniciar su primera apelación (en un día o dos, a más tardar). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, puede presentar la apelación por otros medios. Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Si usted no cumple la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, podrá apelar ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que aplica los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

A continuación se enumeran los pasos a seguir para presentar una Apelación de nivel 1 alternativa:

Términos legales
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “**apelación acelerada**”.

Primer paso: Comuníquese con nosotros para solicitar una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación por su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida".** Esto significa que nos solicita una respuesta con plazos "rápidos" en lugar de plazos "estándares".

Segundo paso: Realizamos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos por la finalización de la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información relacionada con su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan por los servicios que usted recibía.
- Aplicaremos los plazos "rápidos" en lugar de los plazos estándares para informarle nuestra respuesta a esta revisión.

Tercer paso: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es afirmativa,** significa que estamos de acuerdo con usted en que los servicios se deben prolongar; y continuaremos la provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es negativa,** su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y ya no pagaremos ninguna parte del costo después de esta fecha.
- Si usted aún recibió atención médica domiciliaria o atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total de esta atención.**

Cuarto paso: Si respondemos *negativamente* a su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al momento de rechazar su apelación rápida, **estamos obligados a trasladar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, significa que su caso se traslada *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativo* de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se denomina **"IRE (por sus siglas en inglés)".**

Primer paso: Su caso será trasladado automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. El procedimiento para quejas es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 10 de este capítulo, se describen los pasos que se deben seguir para presentar una queja).

Segundo paso: La Organización de Revisión Independiente efectúa una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una empresa seleccionada por Medicare para actuar como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización contesta *afirmativamente* a su apelación**, deberemos reembolsarle (devolverle el dinero) nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos prolongar la cobertura de la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la suma de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización contesta *negativamente* a su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión de nuestro plan a su primera apelación y no la cambiará.
  - El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. Le informará los detalles de cómo debe proceder para presentar una Apelación de nivel 3.

Tercer paso: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si acepta la decisión o si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores contestan negativamente a su Apelación de nivel 2, usted podrá optar por aceptar esa decisión o continuar con el Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador.
- En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más

Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicio médico

Esta sección puede aplicar para su caso si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor dólar del producto o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor dólar es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor dólar es lo suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba por su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un Juez (llamado Juez de derecho administrativo) o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal** revisará su apelación y le informará su respuesta.

- **Si la respuesta del Juez de derecho administrativo o un abogado mediador con respecto a su apelación es afirmativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**. Decidiremos si apelaremos esta decisión al Nivel 4. A diferencia de una decisión del Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días naturales después de recibida la decisión del Juez de derecho administrativo o del mediador independiente.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.

- **Si la respuesta del Juez de derecho administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de derecho administrativo o abogado mediador contesta negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de Apelaciones** (Consejo) de Medicare someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud para la revisión de una decisión favorable de Apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**. Decidiremos si presentaremos una apelación de esta decisión en el nivel 5. A diferencia de una decisión del Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted si el valor del elemento o servicio médico cumple con el valor requerido en dólares.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días naturales de recibida la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo contesta negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito también le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez de la **Corte de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 9.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de Medicamentos Parte D

Esta sección puede aplicar para su caso si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor de los medicamentos que usted apeló alcanza una cierta suma de dinero, usted podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si la suma de dinero es menor, no podrá continuar apelando.

La respuesta por escrito que reciba por su apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un Juez (llamado Juez de derecho administrativo) o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal** revisará su apelación y le informará su respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el Juez de derecho administrativo o abogado mediador **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días naturales** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de derecho administrativo o abogado mediador contesta negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de Apelaciones** (Consejo) de Medicare someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días naturales** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo contesta negativamente a su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito también le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez de la **Corte de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos

Si su problema es por decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o los pagos, entonces esta parte *no le concierne.* Por el contrario, deberá recurrir al proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan por el proceso de quejas?

En esta sección se explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El procedimiento para quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y la atención al cliente que usted recibe. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

Queja	Por ejemplo:
Calidad de su atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Considera que alguna persona no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información acerca de su persona que cree debería ser confidencial?
Conductas irrespetuosas, servicio deficiente al cliente u otras conductas negativas	• ¿Alguna persona lo ha tratado en forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está conforme con el trato que ha recibido de Departamento de Servicios para Miembros? • ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para acordar una cita, o ha tenido que esperar demasiado? • ¿Alguna vez ha tenido que esperar demasiado para que lo atendiera un médico, un farmacéutico u otro profesional de atención médica? ¿O el personal de Departamento de Servicios para Miembros o de otras áreas del plan?

Queja	Por ejemplo:
	◦ A modo de ejemplo podemos mencionar los siguientes: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, al adquirir una receta médica o en la sala de exámenes médicos.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿Considera que no le hemos informado algo que debíamos? • ¿Cree que la información escrita que le hemos entregado es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas siempre están vinculados con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación, debe usar ese proceso y no el procedimiento para quejas. Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. A modo de ejemplo: • Si nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y rechazamos su solicitud, puede presentar una queja. • Si considera que no estamos cumpliendo con las fechas límites para otorgarle una decisión de cobertura o responder una apelación, puede presentar una queja. • Cuando una decisión de cobertura es revisada y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, tendremos que cumplir determinadas fechas límites. Si cree que no estamos cumpliendo con estas fechas límites, puede presentar una queja. • Cuando no le otorguemos una decisión en tiempo y forma, deberemos elevar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos en la fecha límite requerida, puede presentar una queja.

Sección 10.2 "Hacer una queja" se conoce formalmente como "presentar/hacer un reclamo"

Términos legales
• Lo que en esta parte se denomina "**queja**" también se denomina "**reclamo**". • Otra forma de decir **"hacer un reclamo"** es **"presentar un reclamo".** • Otra forma de decir **"usar el proceso para hacer reclamos"** es "**usar el proceso para presentar un reclamo".**

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Primer paso: Contáctenos inmediatamente – por teléfono o por escrito.

- **Generalmente, llamar a Departamento de Servicios para Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que usted necesite hacer, Departamento de Servicios para Miembros se lo informará. Llame a Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-200-8167 (línea gratis) (los usuarios de TTY deben llamar al 711
  Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.), 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).
- **Si no desea llamar (o si llamó y no recibió una respuesta satisfactoria), puede presentar su queja por escrito y enviarla a nuestras oficinas.** Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Resolveremos su reclamo o queja tan pronto como sea posible, pero no más de 30 días después de recibirla. Si, por alguna razón imprevista, no podemos resolver su reclamo o queja en un plazo de 30 días, le informaremos por escrito el motivo de la demora y cuándo puede esperar una resolución. Las reclamaciones relativas a nuestra decisión de no realizar una determinación rápida de organización/cobertura o una reconsideración/redeterminación rápida se tramitan en un plazo de 72 horas a partir de su recepción.
- **Ya sea que llame o escriba, usted debe contactarse con Departamento de Servicios para Miembros inmediatamente.** La fecha límite para presentar la queja es de 60 días naturales después de haber tenido el problema que la originó.

- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o "apelación rápida", automáticamente le daremos una "queja rápida".** Si tiene una "queja rápida", significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas**.

Términos legales
Lo que en esta parte se denomina **"queja rápida"** también se denomina **"reclamo acelerado"**.

Segundo paso: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente.** Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, se la daremos.
- **La mayoría de las quejas reciben respuesta dentro de los 30 días naturales.** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una extensión, podemos tardar hasta 14 días naturales más (44 días naturales en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o toda su queja o no asumimos responsabilidad por el problema que motivó su reclamo, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones que justifiquen esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Sección 10.4 También puede presentar reclamos por la calidad de atención ante la Organización de Mejora de Calidad

Puede presentar su queja por la calidad de atención que recibió utilizando el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja es por la *calidad de atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Usted puede presentar su queja ante la Organización de Mejoramiento de Calidad**. Si usted lo prefiere, puede presentar su queja por la calidad de atención que recibió directamente ante esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
  - La Organización de Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.
  - Para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4, de este cuadernillo. Si usted presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.

- **O puede presentar su queja ante ambas entidades simultáneamente**. Si lo desea, puede presentarnos la queja por la calidad de atención y también ante la Organización de Mejoramiento de Calidad.

Sección 10.5 También puede informarle su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre Global Classic (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no se está ocupando de su problema, comuníquese con 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Finalización de su membresía en el plan

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 245

Sección 1.1 Este capítulo se refiere a la finalización de su membresía a nuestro plan 245

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan? 245

Sección 2.1 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual 245

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage 246

Sección 2.3 En determinadas situaciones, usted puede finalizar su membresía en un Período especial de inscripción. 247

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? 248

SECCIÓN 3 ¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan? 248

Sección 3.1 Normalmente, usted finaliza su membresía inscribiéndose a otro plan 248

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 250

Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, usted continúa siendo miembro de nuestro plan 250

SECCIÓN 5 Global Classic (HMO) debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos 251

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía al plan? 251

Sección 5.2 No podemos solicitarle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud, ... 252

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan 252

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se refiere a la finalización de su membresía a nuestro plan

La finalización de su membresía en Global Classic (HMO) puede ser **voluntaria** (por su propia elección) o **involuntaria** (no por su propia elección):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo.
  - Se establecen ciertos períodos durante el año, o ciertas situaciones, cuando usted puede cancelar su membresía al plan en forma voluntaria. La Sección 2 detalla *cuándo* puede cancelar su membresía al plan.
  - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que usted selecciona. La Sección 3 explica *cómo* puede cancelar su membresía según cada situación.
- También existen situaciones limitadas en las que usted no decide dejar el plan, pero nosotros debemos cancelar su membresía. La Sección 5 le informa las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica por medio de nuestro plan hasta la cancelación de su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?

Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan sólo durante ciertas épocas del año, conocidas como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el Período de Inscripción Anual y durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage. En determinadas situaciones, usted también podría ser elegible para dejar el plan en otras épocas del año.

Sección 2.1 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual

Usted puede finalizar su membresía durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como el "Período Anual de Inscripciones Abiertas"). Este es el momento cuando usted debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el siguienteo año.

- **¿Cuándo es el Período de Inscripción Anual?** Este se presenta del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de Inscripción Anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el siguiente año. Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- Otro plan de salud de Medicare. (Puede optar por un plan que cubre medicamentos recetados o por uno que no cubre medicamentos recetados).
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- – *o* – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
  - **Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

Nota: Si cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. (Cobertura "válida" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, una suma al menos igual a la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigencia el 1 de enero.

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la opción de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Suscripciones Abiertas a Medicare Advantage**.

- **¿Cuál es el Período de Inscripción Abierta Anual de Medicare Advantage?** Todos los años entre el 1 de enero y el 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede usted cambiarse durante el Período de Inscripción Abierta Anual de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, usted puede:
  - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage. (Puede optar por un plan que cubre medicamentos recetados o por uno que no cubre medicamentos recetados).
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare en ese momento.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes después de que usted se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, usted puede finalizar su membresía en un Período especial de inscripción.

En ciertos casos, los miembros de Global Classic (HMO) pueden calificar para cancelar sus membresías en otros momentos del año. Esto se conoce como un **Período especial de inscripción**.

- **¿Quién es elegible para el Período especial de inscripción?** Si cualquiera de las siguientes situaciones aplica en su caso, usted puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período especial de inscripción. Estos son solo ejemplos; para obtener una lista completa puede contactar al plan, llamar a Medicare o visitar la página web de Medicare (https://www.medicare.gov):
  - Usualmente cuando se ha mudado.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si es elegible para que "Ayuda Adicional" pague sus recetas médicas de Medicare.
  - Si infringimos el contrato con usted.
  - Si está recibiendo atención médica en una institución, como una residencia para ancianos o un hospital de atención a largo plazo.
  - Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE).
  - **Nota:** Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En el Capítulo 5, Sección 10, hay más información sobre estos programas.
- **¿Cuándo son los Períodos especiales de inscripción?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para conocer si es elegible para el Período especial de inscripción, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía por un caso especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esto quiere decir que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede optar por un plan que cubre medicamentos recetados o por uno que no cubre medicamentos recetados).
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
  - *– o –* Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

Nota: Si cancela una cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados por un período continuo de 63 días o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía de Parte D si se inscribe más adelante en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. (Cobertura "válida" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, una suma al menos igual a la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede obtener información en el manual ***Medicare y usted 2022***.
  - Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted 2022* cada otoño. Los nuevos miembros de Medicare reciben una copia dentro del mes de haberse inscrito.
  - También puede descargar una copia ingresando a la página web de Medicare (www.medicare.gov). O puede ordenar una copia impresa llamando a Medicare al siguiente número.
- Puede contactar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Normalmente, usted finaliza su membresía inscribiéndose a otro plan

Por lo general, para cancelar su membresía a nuestro plan, simplemente debe inscribirse en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (lea la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar la cancelación de la inscripción a nuestro plan. Existen dos formas para solicitar la cancelación de la inscripción a nuestro plan:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo proceder (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).
- --*o*--Usted se puede contactar con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si cancela una cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados por un período continuo de 63 días o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía de Parte D si se inscribe más adelante en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. (Cobertura "válida" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, una suma al menos igual a la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía a nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su inscripción en Global Classic (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.
• Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su inscripción en Global Classic (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.
• Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo proceder (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
◦ **Nota:** Si cancela su inscripción en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe más adelante en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.	• Usted también puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su suscripción. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. • Su suscripción en Global Classic (HMO) se cancelará cuando entre en vigencia su cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, usted continúa siendo miembro de nuestro plan

Si usted abandona Global Classic (HMO), puede transcurrir un tiempo hasta que se produzca la finalización de su membresía y entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener más información sobre la entrada en vigencia de su cobertura nueva). Durante este tiempo, usted debe continuar recibiendo su atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar adquiriendo sus medicamentos recetados en nuestras farmacias de la red hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Generalmente, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si los adquiere en farmacias de la red, incluso a través de nuestros servicios de envío por correo.
- **Si usted se interna en el hospital el día que finaliza su membresía, su internación en el hospital en general será cubierta por nuestro plan hasta que reciba el alta** (aún si recibe el alta después de que entre en vigencia su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Global Classic (HMO) debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía al plan?

Global Classic (HMO) debe cancelar su membresía al plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda fuera del área de servicio por un período mayor a seis meses.
  - Si se muda o viaja por un tiempo prolongado, deberá llamar al Departamento de Servicios para Miembros para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano estadounidense ni reside legalmente en los Estados Unidos.
- Si brinda información falsa u omite comunicar la existencia de un plan médico adicional que le provee la cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si se comporta continuamente de manera inapropiada y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
  - Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue el caso.
- Si debe pagar la suma adicional de la Parte D por sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción a nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- También puede comunicarse con **Departamento de Servicios para Miembros** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 5.2 No podemos solicitarle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud,

Global Classic (HMO) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted considera que se le está solicitando abandonar nuestro plan por una razón relacionada con su salud, usted debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la terminación por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamación sobre nuestra decisión de terminar su membresía. Puede consultar el Capítulo 9, Sección 10 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables 255

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación 255

SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare 257

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables

Varias leyes rigen esta *Evidencia de Cobertura* y también podrían aplicar algunas disposiciones adicionales debido a que son requeridas por ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aún si las leyes no están incluidas o definidas en este documento. La ley principal que rige este documento es el Capítulo XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados en virtud de la Ley de Seguridad Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. También pueden regir otras leyes federales y, en ciertos casos, las leyes del estado donde usted vive.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

Nuestro plan debe cumplir las leyes que lo protegen de la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, color, creencia religiosa, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluidos el Capítulo 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, Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y demás leyes que rigen para organizaciones que obtienen fondos federales, y demás leyes y normas que rigen por cualquier otra razón.

Para obtener más información o si tiene alguna duda sobre discriminación o trato injusto, por favor llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene alguna discapacidad y requiere ayuda para el acceso a la atención médica, llame a Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si tiene alguna queja, por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

GlobalHealth, Inc. cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. GlobalHealth, Inc. no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

GlobalHealth:

- Da asistencia y servicios gratis a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos de acceso electrónico, otros formatos)

- Da servicios gratis de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes cualificados
  - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de GlobalHealth llamando al 1-844-200-8167 (línea gratis) (TTY: 711).

Si cree que GlobalHealth no le ha dado estos servicios o lo ha discriminado por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en la siguiente dirección: ATTN: **Director, Compliance & Legal Services**, 210 Park Ave, Suite 2800, Oklahoma City, OK 73102 o correo electrónico: compliance@globalhealth.com. Puede presentar una queja en persona, por correo postal, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, no dude en comunicarse con el Servicio al cliente.

También puede presentar una queja por derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, la Oficina de Derechos Civiles de manera electrónica mediante el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono al: 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 queja están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

GlobalHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. GlobalHealth no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

GlobalHealth:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lengua de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de GlobalHealth al 1-844-200-8167 (línea gratis) (número gratuito) (TTY: 711).

Si considera que GlobalHealth no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: ATTN: **Director, Compliance & Legal Services**, 210 Park Ave, Suite 2800, Oklahoma City, OK 73102 o correo electrónico: compliance@globalhealth.com. Puede

presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Departamento de Servicios para Miembros está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD) Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare de los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las reglamentaciones de los CMS, incluidas en los artículos 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de reglamentaciones federales (CFR), Global Classic (HMO), en calidad de organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría de acuerdo con las reglamentaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección suplantan a cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de términos importantes

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Centro de cirugía ambulatoria: un Centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de suministrar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no precisan hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no supera las 24 horas.

Período de inscripción anual: un lapso de tiempo establecido cada otoño cuando los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare. El período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Apelación: Una apelación es una medida que toma usted si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o por el pago de servicios o medicamentos que usted ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo. Por ejemplo: puede presentar una apelación si no pagamos un medicamento, suministro o servicio que usted considera que le corresponde recibir. En el Capítulo 9, se explican las apelaciones que se pueden presentar, incluido el proceso para presentar una apelación.

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente una suma mayor a la suma de costo compartido permitido del plan. Como miembro de Global Classic (HMO), usted solo debe pagar las sumas de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores realicen “facturaciones de saldo” o le cobren más del monto de costo compartido que su plan establece que usted debe pagar.

Período de Beneficios: la forma en la que tanto nuestro plan como Original Medicare miden el uso que usted hace de los servicios de los centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención en hospital para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un centro de enfermería especializada después de que ha finalizado un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y comercializado por la empresa farmacéutica que realizó el trabajo de investigación y desarrollo original del medicamento. Los medicamentos de marca poseen la misma fórmula del ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, solo están disponibles cuando la patente del medicamento de marca ha vencido.

Etapa de cobertura catastrófica: la etapa del Beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga una suma baja de copago o coseguro por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre han gastado $7,050 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal a cargo de la administración de Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo puede comunicarse con los CMS.

Coseguro: una suma que probablemente deba pagar como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados. Por lo general, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Queja: "hacer una queja" se conoce formalmente como "presentar un reclamo". El procedimiento para quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y la Departamento de Servicios para Miembros que usted recibe. Consulte también "Queja" en la lista de definiciones.

Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF): un centro que provee principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que tuvieron una enfermedad o lesión y que, además, provee diversos servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios para la evaluación del contexto familiar.

Copago: suma que debe pagar como parte del costo por servicios o suministros médicos tales como una consulta con el médico, una consulta en un centro hospitalario de atención ambulatoria o un medicamento recetado. El copago es una suma fija, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, puede llegar a pagar $10 o $20 por una consulta médica o un medicamento recetado.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a las sumas que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier deducible que un plan puede imponer antes de cubrir medicamentos o servicios; (2) cualquier suma fija de "copago" que un plan exige para recibir medicamentos o servicios específicos o (3) cualquier suma de "coseguro" que corresponde pagar como porcentaje de la suma total pagada por un medicamento o servicio, que el plan exige para recibir medicamentos o servicios específicos. Una "tasa de costo compartido diario" puede aplicarse cuando su médico le recete menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y debe abonar un copago.

Categoría de Costo Compartido: cada medicamento incluido en la lista de medicamentos cubiertos se clasifica en una de las cinco categorías de costo compartido. En general, cuanto más alta es la categoría de costo compartido, mayor es su costo por el medicamento.

Determinación de cobertura: una decisión del plan para cubrir un medicamento recetado y la suma, si corresponde, que usted debe pagar por la receta médica. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, no estamos frente a una determinación de cobertura. Debe llamar o enviar una carta a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este folleto, las determinaciones de cobertura se denominan "decisiones de cobertura". En él 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término general que utilizamos para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministro cubiertos por nuestro plan.

Cobertura válida para medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe cubrir, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Los beneficiarios de este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente pueden conservar esa cobertura

sin pagar una multa, si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidados de custodia: los cuidados de custodia son cuidados personales brindados en una residencia para ancianos, centro de cuidados paliativos u otra instalación, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia es el cuidado personal que pueden proveer personas sin capacitación ni destrezas profesionales y consiste, por ejemplo, en brindar ayuda para actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, entrar o salir de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre el cuidado de custodia.

Departamento de Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con el Servicio al Cliente.

Tasa de costo compartido diario: una "tasa de costo compartido diario" puede aplicarse cuando su doctor le recete menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba abonar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido entre la cantidad de días en el suministro de un mes. Aquí, un ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de $30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, su "tasa de costo compartido diario" es de $1 por día. Esto significa que debe pagar $1 por cada día de suministro cuando surta su receta médica.

Cancelar o **cancelación de la inscripción**: el proceso de cancelar su membresía al plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida).

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se expende un medicamento cubierto para pagar el costo por adquirir una receta médica. La tarifa de dispensación cubre costos tales como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y enviar la receta médica.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Los ejemplos incluyen caminadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para administrar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, describe su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está incluido en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción de formulario), o para adquirir un medicamento no preferido en un nivel de costos compartidos más bajo (una excepción de categoría). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o si el plan establece límites por la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción de formulario).

Ayuda Adicional: un programa de asistencia económica de Medicare a personas de bajos ingresos y recursos para pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) por poseer los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento "genérico" posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca pero, generalmente, su costo es inferior.

Queja: tipo de reclamo que usted presenta por nosotros o nuestras farmacias, incluso quejas por la calidad de atención. Este tipo de queja no incluye disputas por cobertura o pagos.

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO): un tipo de plan de seguro médico que brinda atención médica a sus miembros a través de redes de médicos y hospitales.

Asistente de atención médica domiciliaria: un asistente de atención médica domiciliaria provee servicios que no requieren las destrezas de un enfermero o terapeuta autorizado, como asistencia de cuidados personales (p. ej., para bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los asistentes de atención médica domiciliaria no tienen licencia de enfermería ni proporcionan tratamiento.

Centro de cuidados paliativos: un miembro que tiene 6 meses de vida o menos tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos. Nosotros, es decir, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios así como otros beneficios suplementarios que ofrecemos. Los centros de cuidados paliativos proporcionarán tratamiento especial para su estado.

Internación en hospital: sucede cuando un paciente se ingresa formalmente a un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un "paciente ambulatorio".

Suma de ajuste mensual conforme con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): Si su ingreso bruto ajustado modificado según se informó en su declaración de impuestos del IRS hace 2 años es superior a un monto determinado, pagará la suma prima estándar y un monto de ajuste mensual conforme con los ingresos, también conocido como IRMAA.

IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas; por lo tanto, la mayor parte no abonará una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: el máximo límite de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de Cobertura Inicial: es la etapa anterior a que sus gastos totales por medicamentos, incluidas las sumas que pagó y que el plan pagó en su nombre durante el año, hayan alcanzado los $4,430.

Periodo de inscripción inicial: periodo de tiempo en que puede inscribirse para Medicare Parte A y Parte B cuando es elegible para Medicare por primera vez. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluido el mes en que cumple 65 años, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o "lista de medicamentos"): una lista de medicamentos recetados y cubiertos por el plan. Los medicamentos incluidos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

Subsidio por bajos ingresos: consulte "Ayuda Adicional".

Suma máxima de su bolsillo: pago máximo que puede hacer de su bolsillo durante el año natural, para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Las sumas que paga por las primas del plan, primas de Medicare Parte A y Parte B, y medicamentos recetados no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su bolsillo. Vea el Capítulo 4, Sección 1.2 para obtener más información sobre la suma máxima que paga de su bolsillo.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa mixto federal y del estado que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica se encuentran cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información acerca de cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Indicación médica aceptada: consiste en el consumo de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o avalado por determinados libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para mayores de 65, algunas personas menores de 65 con ciertas discapacidades y pacientes que sufren insuficiencia renal en etapa terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que deben recibir servicios de diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden recibir su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE, o a través de un plan Medicare Advantage.

Período de inscripción abierta en Medicare Advantage: lapso de tiempo establecido cada año en el que los miembros de un Plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro Plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan de Medicare Advantage (MA): a veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una empresa privada bajo contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan de Medicare Advantage puede ser un HMO, un PPO, un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o un Plan de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare quedan cubiertos a través de este plan y no se pagan bajo la cobertura de Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todos los que tengan Medicare Parte A y Parte B son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Programa de descuento de la brecha en cobertura de Medicare: un programa que brinda descuentos sobre la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de brecha en cobertura y no se encuentren recibiendo "Ayuda Adicional". Los descuentos se realizan según los acuerdos establecidos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría pero no todos los medicamentos de marca tienen descuento.

Servicios cubiertos por Medicare: son los servicios cubiertos por Medicare Parte A y B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y B.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y Parte B a personas que se inscriben en el plan. El término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Programas de Demostración o Piloto y los Programas de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE, por sus siglas en inglés).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): seguro de asistencia económica para la compra de medicamentos recetados, vacunas, compuestos biológicos y ciertos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Póliza "Medigap" (Seguro suplementario de Medicare): el seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir las "brechas" en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo se aplican a Original Medicare. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o "miembro del plan"): un beneficiario de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Farmacia de la red: una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios por medicamentos recetados. Las denominamos "farmacias de la red" porque están contratadas por nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la Red: "Proveedor" es el término general que utilizamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para proveer servicios de atención médica. Los denominamos "**proveedores de la red**" cuando están contratados por nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red en función de los contratos que mantiene con los proveedores o si los proveedores aceptan proveerle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Determinación de la Organización: el plan de Medicare Advantage toma una determinación de la organización cuando ella decide si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. En este folleto, las determinaciones de una organización se denominan "decisiones de cobertura". En él 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Original Medicare ("Medicare tradicional" o Medicare de "pago por cada servicio"): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y planes de medicamentos recetados. Según Original Medicare, los servicios de Medicare son cubiertos mediante el pago de las sumas establecidas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. A usted le corresponde pagar el deducible. Medicare paga su parte de la suma aprobada por Medicare y Usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de hospital) y Parte B (Seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia no contratada por nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que adquiere de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan salvo en ciertos casos.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no ha acordado con nosotros la coordinación o provisión de servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores no contratados, no operados ni de propiedad de nuestro plan; tampoco son contratados para proveerle servicios cubiertos. El uso de los servicios de centros o proveedores fuera de la red se describe en el Capítulo 3 de este folleto.

Gastos de su propio bolsillo: vea la definición anterior de "costo compartido". El requisito de costo compartido debido al cual un miembro debe pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de "gastos de su bolsillo" del miembro.

Plan PACE: un Plan PACE (Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido) combina servicios de atención médica, social y a largo plazo (LTC), y está destinado a ayudar a que personas frágiles continúen siendo independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia para ancianos) el mayor tiempo posible, a la vez que reciben la atención de alta calidad

que ellos necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte "Plan de Medicare Advantage (MA)".

Parte D: el Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare voluntario. (Para simplificar, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como la Parte D).

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos según la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su formulario para obtener una lista específica de medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso de la cobertura como Medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: la suma que se agrega a su prima mensual por cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura válida (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos la misma suma que paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) por un período de 63 días consecutivos o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse al plan Parte D. Usted paga esta suma más elevada por el período que tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen ciertas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.

Costo Compartido Preferido: el costo compartido preferido significa un menor costo compartido para determinados medicamentos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

Prima: el pago periódico que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un plan de salud por cobertura médica o medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que consulta primero por la mayoría de sus problemas de salud. Se asegurará de que usted reciba la atención que necesita para cuidar su salud. Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su cuidado y le refiere a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de visitar a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1, para obtener información acerca de proveedores de atención primaria.

Autorización previa: la aprobación previa para obtener servicios o ciertos medicamentos incluidos o no en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra "autorización previa". Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario.

Protésicos y ortóticos: son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los elementos cubiertos se incluyen aparatos ortopédicos para brazos, espalda, cuello, miembros y ojos artificiales; y aparados necesarios para reemplazar una parte o una función corporal interna, como suministros ostómicos y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en salud que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información acerca de cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Límites de cantidades: una herramienta administrativa diseñada para establecer límites al uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites se pueden establecer por la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o por un período de tiempo específico.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicios: un área geográfica en la que un plan de salud acepta miembros si establece límites con respecto a la membresía en función del lugar donde viven las personas. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). El plan podrá cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de modo permanente.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Entre algunos de los ejemplos de atención en centros de enfermería especializada, podemos incluir fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por una enfermera o un médico.

Período especial de inscripción: un lapso durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos a Original Medicare. Las situaciones en las que podría ser elegible para un Período especial de inscripción incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo "Ayuda Adicional" para los costos de medicamentos recetados, si se muda a una residencia para ancianos o si infringimos nuestro contacto con usted.

Plan para necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, los residentes en una residencia para ancianos o los que sufren ciertas afecciones médicas de tipo crónico.

Costo Compartido Estándar*:* el costo compartido estándar es un costo compartido distinto de aquel preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que establece que usted primero debe probar otro medicamento para tratar su cuadro médico antes de que podamos cubrir un medicamento que su médico pudo haber recetado inicialmente.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas de bajos ingresos y recursos con discapacidades, ceguera, o mayores de 65. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios requeridos urgentemente: un servicio requerido urgentemente se provee para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención

médica inmediata. Los servicios requeridos urgentemente pueden proveerse por medio de proveedores de la red o proveedores fuera de la red, en caso de que los proveedores de la red no estuvieran disponibles o no fuera posible acceder a ellos momentáneamente.

Global Classic (HMO) Departamento de Servicios para Miembros

Método	Departamento de Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-844-200-8167 (línea gratis) Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles 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) Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 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)
FAX	(405) 280-2960
ESCRÍBANOS	GlobalHealth of Texas, Inc. P.O. Box 1747 Oklahoma City, OK 73101
SITIO WEB	www.GlobalHealth.com

Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP) (Texas SHIP)

Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP) es un programa estatal que obtiene fondos del Gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-252-9240
ESCRÍBANOS	Texas Department of Aging and Disability Services 701 West 51st Street MC: W275 Austin, TX 78751
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración de divulgación con respecto a la PRA. *Según la ley de Reducción de Papeles (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, nadie está obligado a contestar una recopilación de información, a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, sírvase escribirnos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*