

Generations Chronic Care (HMO C-SNP)

EVIDENCIA DE COBERTURA

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

GlobalHealth es un plan HMO con contratos de Medicare y del programa de Medicaid de Oklahoma. La afiliación en GlobalHealth depende de la renovación del contrato.

1-844-280-5555 (llamada sin cargo)
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

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de Cobertura para 2026:

Sus servicios y beneficios de salud de Medicare y la cobertura de medicamentos como miembro de Generations Chronic Care (HMO C-SNP)

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

En este documento se explican sus beneficios y derechos. Úselo para entender lo siguiente:

- La prima y los costos compartidos de nuestro plan
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está conforme con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones exigidas conforme a la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo). (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios de atención 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 llamada es gratuita.

Este plan, Generations Chronic Care (HMO C-SNP), se ofrece a través de GlobalHealth, Inc. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* se mencionan las palabras “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestra”, significa GlobalHealth, Inc.; cuando se menciona “el plan” o “nuestro plan”, significa Generations Chronic Care (HMO C-SNP).)

Esta información está disponible en diferentes formatos, incluyendo letra grande, braille y CD de audio. Llame a nuestro servicio de atención al cliente a los números indicados anteriormente si necesita información del plan en otro formato o idioma.

Tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística y servicios de ayuda auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Consulte el *Aviso de disponibilidad* de los servicios de asistencia lingüística y servicios de ayuda auxiliares.

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

Nuestro formulario, red de farmacias o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá con al menos 30 días de anticipación un aviso sobre cualquier cambio que pudiera afectarle.

H3706_012_024EOC2026_C

Tabla de Contenido**Tabla de Contenido**

CAPÍTULO 1:	Primeros pasos como miembro	4
SECCIÓN 1	Usted es miembro de Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	5
SECCIÓN 2	Requisitos de elegibilidad del plan	6
SECCIÓN 3	Material importante sobre la membresía	7
SECCIÓN 4	Resumen de Costos Importantes	9
SECCIÓN 5	Más información sobre la prima mensual de su plan	14
SECCIÓN 6	Mantenga actualizado el expediente de miembro del plan	15
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	16
CAPÍTULO 2:	Números de teléfono y recursos	18
SECCIÓN 1	Contactos de Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	19
SECCIÓN 2	Cómo obtener ayuda de Medicare	23
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud (SHIP)	24
SECCIÓN 4	Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO)	25
SECCIÓN 5	Seguro Social	26
SECCIÓN 6	Medicaid	27
SECCIÓN 7	Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados	27
SECCIÓN 8	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)	30
SECCIÓN 9	Qué hacer si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador	31
CAPÍTULO 3:	Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos	32
SECCIÓN 1	Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	33
SECCIÓN 2	Consulte a proveedores de la red de nuestro plan para recibir atención médica	35
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios en caso de emergencia, catástrofe o necesidad urgente de atención médica	39
SECCIÓN 4	Cómo proceder si se le factura directamente por el costo total de los servicios cubiertos	41
SECCIÓN 5	Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	41
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud	43
SECCIÓN 7	Normas para obtener la propiedad de equipos médicos duraderos	44
CAPÍTULO 4:	Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) ..	46
SECCIÓN 1	Entendiendo los costos de su bolsillo por servicios cubiertos	47

Tabla de Contenido

SECCIÓN 2	En el Tabla de Beneficios Médicos se muestran sus costos y beneficios médicos	48
SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)	112
CAPÍTULO 5:	Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D ...	115
SECCIÓN 1	Normas básicas de la cobertura de la Parte D de nuestro plan	116
SECCIÓN 2	Llene sus recetas médicas en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo de nuestro plan	116
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan	120
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones en la cobertura	123
SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que a usted le gustaría	124
SECCIÓN 6	Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año	126
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos	129
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta médica	130
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en casos especiales	130
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y la gestión de los medicamentos	132
CAPÍTULO 6:	Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D	135
SECCIÓN 1	Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D	136
SECCIÓN 2	Etapas de pagos de medicamentos para los miembros de Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	138
SECCIÓN 3	En la <i>Explicación de beneficios (EOB)</i> de la Parte D se explica en qué etapa de pago se encuentra	138
SECCIÓN 4	No hay deducible para Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	140
SECCIÓN 5	Etapas de cobertura inicial	140
SECCIÓN 6	Etapas de cobertura catastrófica	145
SECCIÓN 7	Lo que paga por las vacunas de la Parte D	146
CAPÍTULO 7:	Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por los medicamentos o servicios médicos cubiertos	148
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde por los medicamentos o servicios cubiertos	149
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió	151
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos	152
CAPÍTULO 8:	Sus derechos y responsabilidades	154
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales	155
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan	165

Tabla de Contenido

CAPÍTULO 9:	Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	167
SECCIÓN 1	Qué hacer si tiene un problema o una inquietud	168
SECCIÓN 2	Dónde puede obtener más información y ayuda personalizada	168
SECCIÓN 3	Qué proceso se puede usar para abordar su problema	169
SECCIÓN 4	Guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones	169
SECCIÓN 5	Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	172
SECCIÓN 6	Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	180
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que se le está dando de alta demasiado pronto	190
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto	194
SECCIÓN 9	Cómo elevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5	198
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	201
CAPÍTULO 10:	Cancelación de la membresía en nuestro plan	205
SECCIÓN 1	Cancelación de su membresía en nuestro plan	206
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	206
SECCIÓN 3	Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	208
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan	209
SECCIÓN 5	Generations Chronic Care (HMO C-SNP) debe finalizar la membresía en nuestro plan en algunos casos	210
CAPÍTULO 11:	Avisos legales	212
SECCIÓN 1	Aviso de leyes aplicables	213
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación	213
SECCIÓN 3	Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare	215
SECCIÓN 4	Protecciones al denunciar sospechas de fraude, despilfarro o abuso	215
CAPÍTULO 12:	Definiciones	217

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Generations Chronic Care (HMO C-SNP)

Sección 1.1 Usted está inscrito en Generations Chronic Care (HMO C-SNP), un plan Medicare Advantage especializado (Special Needs Plan)

Usted tiene cobertura de Medicare y optó por recibir la cobertura de salud y de medicamentos de Medicare mediante Generations Chronic Care (HMO C-SNP).

Generations Chronic Care (HMO C-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO (“HMO” es la sigla en inglés de Health Maintenance Organization) aprobado por Medicare y bajo la administración de una compañía privada.

Generations Chronic Care (HMO C-SNP) es un plan especializado de Medicare Advantage (un Plan de Necesidades Especiales de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Generations Chronic Care (HMO C-SNP) está diseñado para ofrecer beneficios de salud adicionales que ayuden específicamente a las personas con enfermedad cardiovascular, arritmia cardíaca, trastorno tromboembólico venoso crónico, enfermedad arterial coronaria, infarto de miocardio, enfermedad vascular periférica, enfermedad de las válvulas, cardíacas insuficiencia, cardíaca crónica (CHHF), diabetes mellitus.

Nuestro plan incluye proveedores que se especializan en el tratamiento de enfermedad cardiovascular, arritmia cardíaca, trastorno tromboembólico venoso crónico, enfermedad arterial coronaria, infarto de miocardio, enfermedad vascular periférica, enfermedad de las válvulas, cardíacas insuficiencia, cardíaca crónica (CHHF), diabetes mellitus. También incluye programas de salud diseñados para atender las necesidades específicas de las personas con estas afecciones. Además, nuestro plan cubre medicamentos recetados para tratar la mayoría de las afecciones médicas, incluidos los medicamentos que suelen usarse para el tratamiento de enfermedad cardiovascular, arritmia cardíaca, trastorno tromboembólico venoso crónico, enfermedad arterial coronaria, infarto de miocardio, enfermedad vascular periférica, enfermedad de las válvulas, cardíacas insuficiencia, cardíaca crónica (CHHF), diabetes mellitus. Como miembro de nuestro plan, obtendrá beneficios especialmente adecuados a su afección y toda la atención se coordinará a través de nuestro plan.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta Evidencia de Cobertura es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Generations Chronic Care (HMO C-SNP) cubre su atención. Las demás partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *lista de los medicamentos cubiertos* (formulario) y los avisos que le enviamos acerca de cambios o condiciones que afectan su cobertura. A veces, estos avisos se llaman *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato tendrá validez durante los meses en que usted esté inscrito en Generations Chronic Care (HMO C-SNP) entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de Generations Chronic Care (HMO C-SNP) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan Generations Chronic Care (HMO C-SNP) todos los años. Usted puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciéndolo y Medicare vuelva a aprobarlo.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para inscribirse en nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas viven en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Es ciudadano estadounidense o residente legal.
- Reúne los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para inscribirse en nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades específicas de las personas que tienen ciertas afecciones médicas. Para ser elegible para nuestro plan, debe tener enfermedad cardiovascular, arritmia cardíaca, trastorno tromboembólico venoso crónico, enfermedad arterial coronaria, infarto de miocardio, enfermedad vascular periférica, enfermedad de las válvulas, cardíacas insuficiencia, cardíaca crónica (CHHF), diabetes mellitus.

Nota: Si pierde su elegibilidad para inscribirse en nuestro plan, pero prevé razonablemente recuperarla dentro de 1 mes, entonces sigue siendo elegible para la membresía. En la sección 2 del capítulo 4 encontrará información sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad que se considera continua.

Sección 2.2 Área de servicio del plan Generations Chronic Care (HMO C-SNP)

Generations Chronic Care (HMO C-SNP) solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Oklahoma: Caddo, Canadian, Carter, Cleveland, Creek, Garfield, Garvin, Grady, Hughes, Lincoln, Logan, Mayes, McClain, McIntosh,

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

Muskogee, Okfuskee, Oklahoma, Okmulgee, Pawnee, Pittsburg, Pontotoc, Pottawatomie, Rogers, Seminole, Tulsa, y Wagoner.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, se le concederá un período de inscripción especial para optar por Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nuevo lugar de residencia.

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

Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o con presencia legal

Debe ser ciudadano estadounidense o estar presente legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Generations Chronic Care (HMO C-SNP) si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan por este motivo. Generations Chronic Care (HMO C-SNP) deberá cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Material importante sobre la membresía**Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan**

Use su tarjeta de identificación de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que obtenga en farmacias de la red. Además, si tiene una tarjeta de Medicaid debe mostrársela al proveedor. Ejemplo de tarjeta de identificación de miembro del plan:

 		BARCODE HERE	
<Plan Name> Member ID: <XXXXXXXXXX> <First Name> <MI> <Last Name> PCP Name: <PCP Name> PCP Phone: <XXX-XX-XXXX> Copayments PCP <XX> SPEC <XX> ER <XX> H3706--<PBP #> Effective: [cvg_eff_dt]		Customer Care: 1-844-280-5555 (TTY: 711) www.GlobalHealth.com 24/7 Nurse Line: 1-800-554-9371 (TTY: 711) Behavioral Health: 1-888-434-9202 (TTY: 711) In-Home Support Services: 1-855-485-9692 (TTY: 711) Transportation: 1-877-565-1612 (TTY: 711) Dental: 1-833-955-3423 (TTY: 1-800-466-7566) Vision: 1-800-884-6321 (TTY: 711) Hearing: 1-877-241-4736 (TTY: 711) Smart Wallet Benefit: 1-877-241-4736 (TTY: 711) Pharmacy Benefits: 1-866-494-3927 (TTY: 711) Submit Medical Claims to: GlobalHealth Claims Department P.O. Box 2718 Oklahoma City, OK 73101 EDI Payor ID: GHOKC0001 Pharmacy Claims: MedImpact, 7835 Freedom Ave NW, North Canton, OH 44720	

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro de Generations Chronic Care (HMO C-SNP), es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios o en centros de cuidados paliativos o si tiene que participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si la tarjeta de identificación de miembro de nuestro plan se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

En el *Directorio de proveedores*, <https://gh-findcare.globalhealthportals.com/oklahoma/globalhealth/medicare>, se enumeran nuestros proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, 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.

Debe acudir a proveedores de la red para obtener atención médica y servicios médicos. Si acude a otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar el monto total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Generations Chronic Care (HMO C-SNP) autorice la consulta a proveedores fuera de la red.

Obtenga la lista más reciente de proveedores y vendedores en nuestro sitio web en <https://gh-findcare.globalhealthportals.com/oklahoma/globalhealth/medicare>.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede llamar a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una copia (en formato electrónico o impreso). Los *Directorios de proveedores* impresos solicitados se le enviarán por correo en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

En el *Directorio de farmacias*, <https://globalhealth.com/oklahoma/pharmacy-directories/>, encontrará una lista con las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son aquellas que aceptan surtir las recetas médicas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte la sección 2.4 del capítulo 5 para averiguar cuándo puede ir a farmacias que no están en la red de nuestro plan.

En el *Directorio de farmacias* también se indica qué farmacias de nuestra red tienen costos compartidos preferidos, que pueden ser más bajos que los costos compartidos estándar ofrecidos por otras farmacias de nuestra red para algunos medicamentos.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede llamar a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una copia. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en <https://globalhealth.com/oklahoma/>

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

[pharmacy-directories/](#). Puede comunicarse con Servicio al Cliente para recibir información actualizada sobre las modificaciones en la red de farmacias.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *lista de los medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). En ella, se especifica qué medicamentos recetados están cubiertos por los beneficios de la Parte D incluidos en Generations Chronic Care (HMO C-SNP). Nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de esta lista. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el programa Medicare Drug Price Negotiation Program se incluirán en su Lista de medicamentos a menos que hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en la sección 6 del capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de Generations Chronic Care (HMO C-SNP).

En la Lista de medicamentos, se indica si existen normas que restringen la cobertura de un medicamento.

Le entregaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite <https://globalhealth.com/oklahoma/pharmacy/drug-formularies> o llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de Costos Importantes

	Sus costos durante 2026
Prima mensual del plan*	\$0
* La prima de su plan puede ser mayor que este monto. Consulte la sección 4.1 para obtener más información.	
Cantidad máxima a costo de su bolsillo	\$3,450
Esto es lo más que pague a costo de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la sección 1 del capítulo 4 para obtener más información).	
Visitas al consultorio para atención primaria	\$0 por visita
Visitas al consultorio de un especialista	\$20 por visita
Hospitalizaciones	Días 1 a 7: \$195 por día Días 8 a 90: \$0

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

	Sus costos durante 2026
	Días 91 a 190: \$0
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la sección 4 del capítulo 6 para obtener más información).	\$0
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el capítulo 6 para obtener más información, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Suministro de medicamentos preferidos para 30 días: Categoría 1 de medicamentos: \$0 Categoría 2 de medicamentos: \$5 Categoría 3 de medicamentos: \$41 Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Categoría 4 de medicamentos: 40% Categoría 5 de medicamentos: 33% Etapas de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos según nuestro beneficio mejorado.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (sección 4.1)
- Prima mensual de Medicare Parte B (sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía en la Parte D (sección 4.3)
- Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (sección 4.4)
- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

No tiene que pagar una prima mensual del plan adicional por Generations Chronic Care (HMO C-SNP).

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

Si ya recibe ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas que se incluye en esta Evidencia de Cobertura no le aplica a su caso.** Le enviamos un documento por separado, titulado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional ("Extra Help") para pagar medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), en el que se describe la cobertura de medicamentos que le corresponde. Si no recibe este folleto, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional LIS*.

Las primas de Medicare Parte B y Medicare Part D difieren en función de los ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte en su copia del manual *Medicare y Usted 2026* la sección titulada *Costos de Medicare para 2026*. Ingrese en el sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) para descargar una copia o llame por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) solicitar una copia impresa. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare****Debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.**

Esto incluye su prima de la Parte B. También puede pagar una prima de la Parte A si no es elegible para la Parte A que no tiene prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía en la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que terminó el período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más en los que no tuvo cobertura de la Parte D ni otra cobertura de medicamentos acreditable. La cobertura de medicamentos acreditable es la que cumple los requisitos mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

Cuando usted se inscriba por primera vez en Generations Chronic Care (HMO C-SNP), le informaremos el monto de la multa.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D en los siguientes casos:

- Si recibe Ayuda Adicional ("Extra Help") de Medicare para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos.
- Si pasó menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Si tuvo cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente (por ejemplo, un empleador, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos [VA por

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

sus siglas en inglés]). Su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Puede recibir esta información en una carta o en un boletín informativo de ese plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla más adelante para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Nota:** Las cartas o avisos deben indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditable y que se esperaba que pagase lo mismo que el plan de medicamentos estándar de Medicare.
- **Nota:** Las tarjetas de descuentos para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos para medicamentos no son una cobertura de medicamentos recetados acreditable.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía en la Parte D. Le explicamos cómo funciona:

- Si pasaron 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable después de que usted fuera elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que pasó sin cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, el porcentaje de multa será del 14%.
- Luego, Medicare determinará el monto del promedio nacional de las primas mensuales de los planes de medicamentos de Medicare del año anterior (prima base nacional del beneficiario). En 2025, el monto promedio de la prima fue de \$36.78. Este monto puede variar para el año 2026.
- Para calcular la multa mensual que le corresponde, multiplique el porcentaje de la multa por la prima básica nacional del beneficiario y redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería un 14% por \$36.78, lo que da como resultado \$5.14. Esto se redondea a \$5.10. Este monto se agregaría **a la prima mensual del plan de la persona sujeta a la multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Tres aspectos importantes que debe saber sobre la multa por inscripción tardía en la Parte D mensual:

- **La multa puede cambiar todos los años** porque la prima base nacional del beneficiario puede cambiar todos los años.
- **Usted seguirá pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, aunque cambie de plan.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial en Medicare para adultos.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días posteriores** a la fecha de la primera carta que reciba en la que se indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si ya estaba pagando una multa

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de la multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto Ajustada Mensual Relacionada con los Ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA por sus siglas en inglés) de la Parte D. El cargo adicional se calcula a partir de su ingreso bruto ajustado modificado, tal como aparece en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS por sus siglas en inglés) de hace 2 años. Si este monto está por encima de cierta suma, usted pagará la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

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

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

Sección 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de nuestro plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o plan de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por los medicamentos recetados que obtiene, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que quedan en el año.

En la sección 7 del capítulo 2 encontrará más información sobre el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del capítulo 9 para presentar una queja o una apelación.

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual de su plan

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

Existen dos formas en las que puede pagar la multa.

Opción 1: Pague con un cheque

Una vez que reciba su formulario de inscripción, el método de pago se configurará como facturación directa. Si desea cambiar el método de pago en algún momento, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Puede pagar la multa por inscripción tardía con un cheque o giro postal. Las facturas se le envían directamente a usted todos los meses. Los pagos deben recibirse antes del **día 5 de cada mes**. Los cheques o giros postales deben ser pagaderos a “GlobalHealth” (Nota: No emita el cheque a nombre de los CMS ni del Departamento de Salud y Servicios Humanos [HHS por sus siglas en inglés]). Se cobrará una tarifa de \$25.00 por los cheques devueltos. Los pagos deben enviarse por correo a la siguiente dirección:

GlobalHealth, Inc.
Lockbox 4140
P.O. Box 659506
San Antonio, TX 78265-9506

Opción 2: Solicite que las multas por inscripción tardía en la Parte D se deduzcan de su cheque mensual del Seguro Social

Cómo cambiar la forma en que paga la multa por inscripción tardía en la Parte D Si decide cambiar la forma de pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D, es posible que deba esperar hasta 3 meses para que el nuevo método de pago entre en vigor. Mientras procesamos el nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D a tiempo. Para cambiar el método de pago, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Qué hacer si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D

Debemos recibir la multa por inscripción tardía en la Parte D en nuestra oficina a más tardar el **día 5 de cada mes**.

Si tiene problemas para pagar a tiempo la multa por inscripción tardía en la Parte D, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si podemos recomendarle programas que le ayuden a cubrir los costos.

Sección 5.2 La prima mensual de nuestro plan no cambiará durante el año

No se nos permite cambiar el monto de la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo comunicaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigor el 1 de enero próximo.

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si le corresponde, o que deba empezar a pagarla. Esto podría suceder si usted se vuelve elegible para recibir Ayuda Adicional ("Extra Help") o pierde la elegibilidad para este beneficio durante el año.

- Si actualmente paga una multa por inscripción tardía en la Parte D y es elegible para recibir Ayuda Adicional ("Extra Help") durante el año, podrá dejar de pagar la multa.
- Si pierde su elegibilidad para recibir Ayuda Adicional ("Extra Help"), puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía en la Parte D si pasa 63 días consecutivos o más sin la cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable.

Obtenga más información sobre Ayuda Adicional ("Extra Help") en la sección 7 del capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el expediente de miembro del plan

Su expediente de miembro contiene la información de su formulario de inscripción, incluidos su dirección y número de teléfono. En él, se detalla su plan de cobertura específico y el nombre de su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **usan su expediente de miembro para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son los montos de costos compartidos**. Por eso, es muy importante que procure mantener su información actualizada.

Si se produce alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, de una indemnización por accidentes de trabajo o de Medicaid).
- Cambios en cualquier reclamación por responsabilidad civil, como las derivadas de un accidente automovilístico.
- Si se le ha admitido en una residencia de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencia fuera del área o de la red de cobertura.
- Cambios en la persona responsable designada (por ejemplo, un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** Aunque no tiene la obligación de informar a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que piensa participar, le recomendamos que lo haga).

Si algo de esta información cambia, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) e infórmenos al respecto.

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinarla con los beneficios de nuestro plan. Esto se conoce como **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con la lista de otras coberturas médicas o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea esta información con atención. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que tenga que dar el número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que las facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal de su empleador), las normas de Medicare deciden si debe pagar primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero (el "pagador principal") pagará hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (el "pagador secundario") solo pagará si quedan costos que la cobertura principal no cubre. Puede que el pagador secundario no abone los costos sin cobertura. Si tiene otro seguro, informe a su médico, al hospital y a la farmacia.

Estas normas se aplican a la cobertura de planes de salud grupales que ofrece el empleador o el sindicato:

- Si tiene cobertura para la jubilación, Medicare pagará primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal depende de su empleo actual o del empleo actual de un familiar, el responsable de pagar primero varía en función de la edad que usted tenga, de la cantidad de personas que trabajan para su empleador y de si tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o una enfermedad renal terminal (ESRD por sus siglas en inglés):
 - Si tiene menos de 65 años, tiene una discapacidad y sigue trabajando (o un miembro de su familia sigue trabajando), su plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos uno de los empleadores en un plan de varios empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y sigue trabajando (o su cónyuge o pareja de hecho sigue trabajando), su plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos uno de los empleadores en un plan de varios empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted sea elegible para Medicare.

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

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

- Seguro sin determinación de culpabilidad o negligencia (incluye seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (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 Medicare, los planes de salud grupales del empleador o Medigap hayan pagado lo que les corresponde.

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos**SECCIÓN 1 Contactos de Generations Chronic Care (HMO C-SNP)**

Para obtener ayuda con las reclamaciones, la facturación o las preguntas sobre la tarjeta de identificación de miembro, escriba o llame a Servicio al Cliente de Generations Chronic Care (HMO C-SNP) al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Será un placer ayudarle.

	Servicio al Cliente – información de contacto
Llamada	1-844-280-5555 (llamada sin cargo) Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). El Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
Fax	405-280-2960
Correo postal	GlobalHealth, Inc. P.O. Box 1747 Oklahoma City, OK 73101
Sitio web	www.globalhealth.com

Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es aquella que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por los servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones en relación con su atención médica o sus medicamentos de la Parte D, consulte el capítulo 9.

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

	Decisiones de cobertura sobre atención médica – Información de contacto
Llamada	1-844-280-5555 (llamada sin cargo) Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
Fax	405-280-5398
Correo postal	GlobalHealth, Inc. P.O. Box 2840 Oklahoma City, OK 73101
Sitio web	www.globalhealth.com

	Apelaciones sobre la atención médica – Información de contacto
Llamada	1-844-280-5555 (llamada sin cargo) Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
Fax	405-280-5294
Correo postal	GlobalHealth, Inc. P.O. Box 2658 Oklahoma City, OK 73101
Sitio web	www.globalhealth.com

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

	Decisiones de Cobertura y Apelaciones sobre medicamentos de la Parte D – Información de contacto
Llamada	1-866-494-3927 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
Fax	1-888-586-0102
Correo postal	MedImpact 7835 Freedom Avenue NW North Canton, OH 44720
Sitio web	www.globalhealth.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red, lo que incluye quejas sobre la calidad de la atención que recibe. Este tipo de queja no incluye disputas sobre cobertura o pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja en relación con su atención médica, consulte el capítulo 9.

	Quejas sobre la atención médica - Información de contacto
Llamada	1-844-280-5555 (llamada sin cargo) Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
Fax	405-280-5294
Correo postal	GlobalHealth, Inc. P.O. Box 2658 Oklahoma City, OK 73101
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Generations Chronic Care (HMO C-SNP) directamente a Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

	Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
Llamada	1-866-494-3927 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
Fax	1-888-586-0616
Correo postal	MedImpact 7835 Freedom Avenue NW North Canton, OH 44720
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Generations Chronic Care (HMO C-SNP) directamente a Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

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

Si recibió una factura o pagó algún servicio (como la factura de un proveedor) que cree que debería correr por nuestra cuenta, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el capítulo 7 para obtener más información.

Si envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el capítulo 9 para obtener más información.

	Solicitudes de pago por reclamaciones médicas - Información de contacto
Llamada	1-844-280-5555 (llamada sin cargo) Las llamadas a estos números son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo).

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

	Solicitudes de pago por reclamaciones médicas - Información de contacto
	marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
Fax	405-609-6354
Correo postal	GlobalHealth, Inc. P.O. Box 2718 Oklahoma City, OK 73101
Sitio web	www.globalhealth.com

	Solicitudes de pago por medicamentos de la Parte D - Información de contacto
Llamada	1-866-494-3927 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a estos números son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
Fax	1-888-586-0102
Correo postal	MedImpact - DMR 7835 Freedom Avenue NW North Canton, OH 44720
Sitio web	www.globalhealth.com

SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de Medicare

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

La agencia federal que administra Medicare se llama Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés). Esta agencia celebra contratos con organizaciones del programa Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

Medicare – información de contacto	
Llamada	1-800-MEDICARE (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 equipos telefónicos especiales y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Correo postal	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluido su costo y los servicios que brindan. • Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica y suplidores que participan en Medicare. • Conozca qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, inyecciones o vacunas y visitas anuales de bienestar). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, residencias de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar www.Medicare.gov para notificar a Medicare cualquier queja que tenga sobre Generations Chronic Care (HMO C-SNP). Para presentar una queja a Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas con seriedad y usará esta información para mejorar la calidad de su programa.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud (SHIP)

Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud (SHIP por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental compuesto de asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare sin cargo. En Oklahoma, el programa SHIP se denomina Seguro Médico Estatal Programa de Asesoramiento.

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

Seguro Médico Estatal Programa de Asesoramiento es un programa estatal independiente (que no está relacionado con ninguna compañía de seguro ni plan de salud) que obtiene fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito y a nivel local sobre seguros médicos a personas con Medicare.

Los asesores de Seguro Médico Estatal Programa de Asesoramiento pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de Seguro Médico Estatal Programa de Asesoramiento también pueden ayudarle a resolver preguntas o problemas relacionados con Medicare, a comprender sus opciones de planes de Medicare y a responder preguntas sobre cambios de planes.

	Seguro Médico Estatal Programa de Asesoramiento (SHIP de Oklahoma) - Información de contacto
Llamada	1-800-763-2828
Correo postal	State Health Insurance Counseling Program 400 NE 50th Street Oklahoma City, OK 73105
Sitio web	https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Una Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO por sus siglas en inglés) designada presta servicios a las personas con Medicare en cada estado. En Oklahoma, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se denomina Acentra Health.

Acentra Health cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud a los que Medicare les paga para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No está vinculada con nuestro plan.

Comuníquese con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Entre los ejemplos de inquietudes respecto de la calidad de la atención se incluye obtener el medicamento incorrecto, someterse a pruebas o procedimientos innecesarios o recibir un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura de su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de su atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF por sus siglas en inglés) finaliza demasiado pronto.

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

	Acentra Health (Organización de Mejoramiento de la Calidad de Oklahoma) - Información de contacto
Llamada	1-888-315-0636 Días hábiles: de 9 a.m. a 5 p.m. Fines de semana y días festivos: de 10 a.m. a 4 p.m.
TTY	711
Correo postal	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
Sitio web	https://www.acentraio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción en Medicare. También se encarga de determinar quién tiene que pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene ingresos más elevados. Si ha recibido una carta del Seguro Social en la que se le informa que debe pagar un monto adicional y tiene alguna pregunta, o bien si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que te cambie la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia de dirección postal, póngase en contacto con el Seguro Social para comunicárselo.

	Seguro Social - Información de contacto
Llamada	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. Use los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y hacer algunas gestiones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m.
Sitio web	www.SSA.gov

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos**SECCIÓN 6 Medicaid**

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a cubrir los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para recibir Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a los beneficiarios de Medicare a pagar los costos de Medicare, como las primas. Estos **Programas de Ahorro de Medicare** incluyen los siguientes:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios del programa QMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+ por sus siglas en inglés]).
- **Beneficiario de Medicare con Ingreso Bajo Especificado (SLMB por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (algunos beneficiarios del programa SLMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Individuo Calificado (QI por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos Discapacitados y Trabajadores Calificados (QDWI por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre los Programas de Ahorro de Medicare y Medicaid, comuníquese con SoonerCare (Medicaid).

	SoonerCare (programa de Medicaid de Oklahoma) - Información de contacto
Llamada	1-800-987-7767 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	711
Correo postal	SoonerCare Oklahoma Health Care Authority 4345 N Lincoln Blvd Oklahoma City, OK 73105
Sitio web	https://oklahoma.gov/ohca/

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados

En el sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) encontrará información sobre formas de reducir los costos de los medicamentos recetados. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

Ayuda Adicional ("Extra Help") de Medicare

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

Si reúne los requisitos automáticamente para recibir Ayuda Adicional ("Extra Help"), Medicare le enviará una carta morada para informarle. Si no reúne los requisitos automáticamente, puede presentar su solicitud en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional ("Extra Help"):

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

Cuando presente una solicitud para Ayuda Adicional ("Extra Help"), también podrá iniciar el proceso de solicitud para el Programa de Ahorro de Medicare (MSP por sus siglas en inglés). Estos programas estatales ofrecen ayuda para cubrir otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted les diga que no lo hagan en la solicitud de Ayuda Adicional ("Extra Help").

Si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional ("Extra Help") y cree que está pagando un monto incorrecto por su receta médica en una farmacia, nuestro plan dispone de un proceso para ayudarle a obtener evidencia del monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a compartirla con nosotros.

- Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida ayuda tanto para obtener la mejor documentación disponible como para entregarla. Si no tiene documentación disponible, intentaremos verificar el estado de programa Ayuda Adicional ("Extra Help") poniéndonos en contacto con Medicare para verificar su elegibilidad para recibir dicho beneficio.
- Cuando obtengamos la evidencia que muestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el monto correcto cuando obtenga su próxima receta médica. Si paga de más por su copago, le reembolsaremos el monto correspondiente, ya sea mediante un cheque o un crédito para futuros copagos. Si la farmacia no le cobró el copago y usted le queda debiendo, es posible que hagamos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó por usted, podemos pagarle directamente al estado. Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

¿Qué sucede si tiene Ayuda Adicional ("Extra Help") y cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmaceutica (SPAP por sus siglas en inglés)?

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar las recetas médicas, las primas del plan de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

Asistencia Farmaceutica (SPAP por sus siglas en inglés), Ayuda Adicional ("Extra Help") de Medicare pagará primero.

En Oklahoma, es RX for Oklahoma.

¿Qué sucede si tiene Ayuda Adicional ("Extra Help") y cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP por sus siglas en inglés)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP por sus siglas en inglés) ayuda a las personas que viven con HIV/SIDA a acceder a medicamentos contra el HIV que salvan la vida. Los medicamentos de Medicare Parte D que también figuran en el formulario del programa ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través de Oklahoma HIV Drug Assistance Program (HDAP).

Nota: Para ser elegibles para el programa ADAP de su estado, las personas deben reunir determinados criterios, como evidencia de residencia en el estado y del estado de HIV, tener bajos ingresos (según lo definido por el estado) y no estar aseguradas o estar subaseguradas. Si cambia de plan, comuníquese a la persona encargada de inscribirle en el programa ADAP de su localidad para poder seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a Oklahoma HIV Drug Assistance Program (HDAP) al 1-405-271-4636.

Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados disponen de un Programa Estatal de Asistencia Farmaceutica que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad económica, edad, afección médica o discapacidad. Cada estado dispone de normas diferentes para ofrecer la cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Oklahoma, el Programa Estatal de Asistencia Farmaceutica es RX for Oklahoma.

	RX for Oklahoma (Programa Estatal de Asistencia Farmaceutica de Oklahoma) - Información de contacto
Llamada	1-877-794-6552 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
Correo postal	Oklahoma State Department of Health 123 Robert S. Kerr Ave., Suite 1702 Oklahoma City, OK 73102-6406
Sitio web	https://oklahoma.gov/health/health-education/community-outreach/community-health/nursing-service/rx-for-oklahoma-prescription-assistance.html

Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su actual cobertura de medicamentos para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan repartiéndolos a lo largo **del año calendario**

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

(de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ayuda a ahorrar dinero ni a reducir sus gastos de medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente durante 2026.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o ingrese en www.Medicare.gov.

	Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare - Información de contacto
Llamada	1-866-494-3927 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los siete días de la semana. El Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es Las 24 horas del día, los siete días de la semana.
Fax	405-280-5881
Correo postal	MedImpact Medicare Operations PO Box 509108 San Diego, CA 92150
Sitio web	https://globalhealth.com/oklahoma/pharmacy/m3p/

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es un organismo federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios nacionales y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, póngase en contacto con dicho organismo.

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB por sus siglas en inglés) - Información de contacto
Llamada	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB los lunes, martes, jueves y viernes de 9 a.m. a 3:30 p.m., y los miércoles de 9 a.m. a 12 p.m. Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Qué hacer si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador

Si, como parte de este plan, usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de un plan de jubilación o de su empleador (o del de su cónyuge o pareja de hecho), llame al administrador de beneficios de su empleador o del sindicato, o a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios médicos del plan de jubilación o de su empleador (o del de su cónyuge o pareja de hecho), las primas o el período de inscripción. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare en virtud de este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de un plan de jubilación o de su empleador (o del de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual junto con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

*Cómo usar nuestro plan para sus
servicios médicos*

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que debe saber acerca de cómo usar nuestro plan para obtener su cobertura de atención médica. Para obtener detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga usted cuando recibe atención, consulte el Tabla de Beneficios Médicos incluido en el capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud con autorización estatal para prestar 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 cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y el costo compartido que usted debe pagar como pago total. Estos proveedores prestarán los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red emiten las facturas directamente a nuestro nombre por la atención médica que usted recibe. Cuando visita 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, los servicios de cuidado de la salud, suministros, el equipo y los medicamentos recetados que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se enumeran en el Tabla de Beneficios Médicos incluido en el capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el capítulo 5.

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

Por ser un plan de salud de Medicare, Generations Chronic Care (HMO C-SNP) debe cubrir todos los servicios que cubre Medicare Original y respetar las normas de cobertura de Medicare Original.

En general, Generations Chronic Care (HMO C-SNP) cubrirá su atención médica si se cumple lo siguiente:

- **La atención médica que recibe está incluida en el Tabla de Beneficios Médicos de nuestro plan** en el capítulo 4.
- **La atención médica que recibe se considera médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica y cumplen con normas aceptadas de la práctica médica.
- **Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés) de la red que le brinda atención médica y la supervisa.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (consulte la sección 2.1 de este capítulo para obtener más información).

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

- En la mayoría de los casos, el PCP de la red debe darle su aprobación por adelantado (una remisión) antes de que usted pueda consultar a otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Para obtener más información, consulte la sección 2.3. Debe visitar a su PCP asignado para recibir los servicios. Si su PCP no está disponible, puede consultar a un PCP que pertenezca al mismo grupo de PCP. Si no hay PCP disponibles dentro del grupo, puede cambiar de PCP asignado o solicitar una autorización previa para consultar a otro PCP.
- No necesita remisiones del PCP para recibir atención médica de emergencia o servicios de urgencia. Para obtener información sobre otros tipos de atención médica que puede recibir sin obtener la aprobación por adelantado del PCP, consulte la sección 2.2.
- **Debe recibir atención médica de un proveedor de la red** (consulte la sección 2). En la mayoría de los casos, la atención médica que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. Esto significa que usted tiene que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que recibe. Hay 3 excepciones:
 - Nuestro plan cubre la atención médica de emergencia o los servicios de urgencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y averiguar cuáles son los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la sección 3.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, podrá obtenerla de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Antes de recibir atención, obtenga una autorización de nuestro plan. En este caso, usted paga lo mismo que pagaría si recibiera la atención médica de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la sección 2.4.
 - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando el proveedor que le presta este servicio no esté disponible o no pueda acceder a él temporalmente. El costo compartido que usted paga a nuestro plan por la diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser más alto que el que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor de diálisis de la red habitual no está disponible temporalmente y usted decide obtener los servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Consulte a proveedores de la red de nuestro plan para recibir atención médica

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde atención médica y la supervise

¿Qué es un PCP y qué tipo de servicios presta?

Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un médico de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés).

El PCP no solo prestará servicios básicos y de rutina, sino que también puede coordinar otros cuidados que usted pueda necesitar a través de remisiones y autorizaciones previas. El PCP puede ser un médico de familia, general o de medicina interna que participe en nuestra red.

Cómo elegir un PCP

Puede elegir un PCP de nuestro *Directorio de proveedores*, que puede encontrar en <https://gh-findcare.globalhealthportals.com/oklahoma/globalhealth/medicare>, o llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que le ayuden a elegir un PCP. Solo puede elegir un PCP que acepte pacientes nuevos. Si no elige un PCP cuando se inscribe, se le asignará uno. Consultar a un PCP de la red que no sea su PCP registrado o que no pertenezca al mismo grupo de médicos que su PCP registrado se considerará como una consulta a un especialista.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que el PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso usted tendría que elegir un PCP nuevo.

Para cambiar de PCP, llame a Servicio al Cliente 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Verificarán que el PCP al que desea cambiarse esté aceptando nuevos pacientes. Le enviarán una nueva tarjeta de identificación de miembro en la que se indica el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP. También puede cambiar de PCP iniciando sesión en el Portal para miembros, que puede encontrar en www.globalhealth.com. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente. **El cambio entrará en vigor el primer día del mes posterior a la fecha de la solicitud.**

Asegúrese de informar a Servicio al Cliente si se atiende con algún especialista o si recibe otros servicios cubiertos que necesitan la aprobación del PCP (como servicios de atención médica domiciliaria y equipos médicos duraderos). Le ayudaremos a asegurarse de que tiene las remisiones y autorizaciones previas necesarias para continuar con los servicios que ha estado recibiendo cuando cambie de PCP.

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

Sección 2.2 Atención médica que puede obtener sin una remisión del PCP

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

- Atención médica de rutina para la salud de la mujer, como exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los preste un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, contra la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o fuera de la red.
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son aquellos que requieren atención médica inmediata (pero no suponen una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias en que se encuentra, recibir este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son los que se prestan en caso de enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. No se considera que las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) sean de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar una diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.
- Visitas al consultorio del especialista, siempre y cuando se trate de 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.
- Atención médica preventiva, siempre y cuando la obtenga de proveedores de la red.
- Visitas al consultorio para terapia individual o grupal de salud mental y por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, siempre que obtenga atención de proveedores de la red de Carelon Behavioral Health. El terapeuta solicitará la aprobación previa de 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 NationsBenefits.
- Transporte que no sea de emergencia, siempre que lo coordine a través de RoundTrip.
- Uso del beneficio Smart Wallet siempre que use su tarjeta en el punto de venta y siga las normas de la tarjeta. Consulte la descripción de los beneficios Smart Wallet en el Tabla de Beneficios Médicos incluido en el capítulo 4.
- Servicios de apoyo a la atención médica domiciliaria, siempre que los obtenga de Papa Pals.

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

- Asesoramiento de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana, siempre que lo obtenga de Carenet Health.
- Servicios dentales preventivos e integrales complementarios, siempre que los reciba de un proveedor de la red de DentaQuest.

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

Un especialista es un médico que presta servicios de atención médica para una parte del cuerpo o una enfermedad en específico. Existen muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

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

Remisiones

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 necesidad de una remisión, pero cuando su PCP o especialista cree que necesita pruebas o tratamiento de diagnóstico especializado (como terapia o cirugía ambulatoria), le dará una remisión para que reciba esa atención.

Autorización previa

Se necesita la autorización previa de Generations Chronic Care (HMO C-SNP) antes de la cita para casi todas las pruebas o los tratamientos que se llevan a cabo fuera de una visita al consultorio. Cuando su médico nos envíe una remisión, nuestro equipo de médicos y de enfermería se encargará de revisarla. Le notificaremos a su médico y a usted nuestra decisión. En la mayoría de los casos, los servicios se derivarán a proveedores de la red. Si no tiene una autorización previa registrada antes de recibir los servicios para los que necesita una, es posible que usted sea quien deba pagar esos servicios. Consulte el Tabla de Beneficios Médicos incluido en el capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que necesitan autorización previa.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red abandonan nuestro plan

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le informaremos que su proveedor abandonará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan y usted lo visitó en los últimos 3 años, se lo notificaremos.

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

- Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos en caso de que se le haya asignado a ese proveedor, reciba atención médica de su parte actualmente o lo haya visitado en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor de la red calificado para que siga recibiendo atención médica.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico o a terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar la continuación del tratamiento o las terapias que son médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención médica.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un beneficio o un proveedor de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, con el mismo costo compartido que si fuera dentro de la red. Se necesita autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista va a abandonar nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a elegir un proveedor nuevo que coordine su atención médica.
- Si considera que no le hemos ofrecido un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que la atención médica que recibe no se está administrando como corresponde, tiene derecho a presentar una queja formal sobre la calidad de la atención ante la QIO, ante nuestro plan o ante ambos (consulte el capítulo 9).

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

En la mayoría de los casos, usted debe recibir atención médica de un proveedor de la red. La atención médica que usted recibe de un proveedor fuera de la red no se cubrirá, excepto en los siguientes casos:

- Servicios de emergencia o de urgencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y averiguar cuáles son los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la sección 3.
- Si autorizamos una remisión a un proveedor fuera de la red incluido en la sección 2.3.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio. Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar una diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, catástrofe o necesidad urgente de atención médica

Sección 3.1 Cómo recibir atención médica en caso de emergencia

Una **emergencia médica** ocurre cuando usted, o cualquier persona prudente sin formación médica pero con conocimientos promedio sobre salud, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, en el caso de una persona embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o de su función o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

En caso de emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencia o el hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. No es necesario obtener primero la aprobación o una remisión del PCP. No es necesario que consulte a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier parte del mundo y de cualquier proveedor con la autorización estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se haya notificado a nuestro plan sobre su emergencia.** Debemos hacer el seguimiento de su atención médica de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención médica de emergencia, generalmente en el plazo de 48 horas. Nuestro número de teléfono se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro del plan.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

Los médicos que le brindan atención médica de emergencia decidirán cuándo su afección está estable y cuándo la emergencia médica ha terminado.

Una vez que finaliza la emergencia, tiene derecho a recibir atención médica de seguimiento para garantizar que su estado de salud siga estable. Los médicos seguirán tratándole hasta que se comuniquen con nosotros y planifiquen la atención médica adicional. Nuestro plan cubre la atención médica de seguimiento.

Si recibe atención médica de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que proveedores de la red se encarguen de atenderle tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

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

A veces, puede ser difícil determinar si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría solicitar atención médica de emergencia creyendo que su salud corre grave peligro, pero el médico puede considerar que, en realidad, no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no se trató de una emergencia, siempre que usted haya creído razonablemente que su salud corría grave peligro, cubriremos la atención médica que reciba.

Sin embargo, después de que el médico diga que no se trató una emergencia, cubriremos la atención médica adicional *solo* si usted la recibe de una de estas 2 maneras:

- si consulta a un proveedor de la red para recibir la atención médica adicional, o
- si la atención médica adicional que usted recibe se considera un servicio de urgencia y usted sigue las normas que se indican a continuación para recibir dicha atención de urgencia.

Sección 3.2 Cómo recibir atención médica cuando necesita servicios con urgencia

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) se considera servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias en que se encuentre, recibir este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son los que se prestan en caso de enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Sin embargo, no se considera que las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor, como los chequeos anuales, sean de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Siempre debe intentar obtener los servicios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si no puede acceder a los proveedores o estos no están disponibles temporalmente y no es razonable esperar para recibir atención médica del proveedor de la red cuando esta esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red.

- Si la necesidad de atención urgente ocurre durante el horario de atención habitual de su PCP, llámelo para recibir indicaciones.
- Si la necesidad de atención de urgencia se presenta después del horario de atención, o si no puede comunicarse con su PCP, diríjase a un centro de atención de urgencias de la red que figure en nuestro *Directorio de proveedores*. Si desea encontrar el *Directorio de proveedores* más actualizado, visite nuestro sitio web <https://gh-findcare.globalhealthportals.com/oklahoma/globalhealth/medicare>.

Nuestro plan cubre servicios de urgencia y emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en los siguientes casos:

- Cuando usted crea que su situación es una emergencia y que viajar o esperar hasta estar en su casa no sería seguro para su afección médica.

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

Sección 3.3 Cómo recibir atención médica durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, el ministro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o emergencia en su área geográfica, usted seguirá teniendo derecho a recibir atención médica de nuestro plan.

Ingresa en www.globalhealth.com para obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante una catástrofe.

Si no puede consultar a un proveedor de la red durante una catástrofe, nuestro plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red con costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe, es posible que pueda surtir sus recetas médicas en una farmacia fuera de la red. Consulte la sección 2.4 del capítulo 5.

SECCIÓN 4 Cómo proceder si se le factura directamente por el costo total de los servicios cubiertos

Si pagó un monto mayor que el costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el capítulo 7 para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

Generations Chronic Care (HMO C-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en el Tabla de Beneficios Médicos incluido en el capítulo 4. Si recibe servicios que nuestro plan no cubre o servicios fuera de la red sin autorización, será responsable de pagar el costo total de esos servicios.

En el caso de los servicios cubiertos sujetos a una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de agotar su 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 a la cantidad máxima a costo de su bolsillo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 Qué es un estudio clínico de investigación

Los médicos y científicos llevan a cabo estudios de investigación clínica (también llamados *ensayos clínicos*) para probar nuevos tipos de atención médica, como observar la acción de un nuevo medicamento para el tratamiento del cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica cuentan con la aprobación Medicare. Estos estudios aprobados por Medicare suelen buscar voluntarios para participar en ellos. Cuando participa en un estudio de investigación clínica,

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención médica (cuidado que no está relacionado con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original pagará la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos comunica que está participando en un ensayo clínico calificado, solo deberá pagar el costo compartido dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó de más (por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Medicare Original), le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá presentar la documentación que demuestre cuánto pagó.

Si desea participar en algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos informe ni obtenga nuestra aprobación de ni la de su PCP. No es necesario que los proveedores que le brindan atención médica como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que necesitan de un ensayo clínico o registro para evaluar su eficacia, incluidos ciertos beneficios que exigen cobertura condicionada a la recopilación de evidencia [NCD-CED por sus siglas en inglés] y los estudios con exención para dispositivos en investigación [IDE por sus siglas en inglés]; estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

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

Si participa en un estudio que no tiene la aprobación de Medicare, usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.

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

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los artículos y servicios de rutina que obtiene como parte del estudio, que incluyen los siguientes:

- Gastos de habitación y comidas durante una hospitalización que Medicare cubriría incluso si usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención médica.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido con Medicare Original y el costo compartido dentro de la red que le corresponde a usted como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio que los que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que demuestre el monto de costo compartido que pagó. Consulte el capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico: Supongamos que, como parte del estudio de investigación, se le hacen análisis de laboratorio por un costo de \$100. Su parte de los costos de este análisis es \$20 con Medicare Original, mientras que con nuestro plan el costo sería de \$10. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el análisis y usted abonaría \$20 de copago que se exige conforme a Medicare Original. Deberá informar a nuestro plan que obtuvo un servicio de ensayo clínico calificado y presentar la documentación pertinente (como la factura del proveedor) a nuestro plan. Posteriormente, nuestro plan le pagaría a usted directamente \$10. De este modo, su pago neto por el análisis es de \$10, el mismo monto que pagaría conforme a los beneficios de nuestro plan.

Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare no pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando, salvo que lo cubriera aunque usted no participara en el estudio.
- Los artículos o servicios suministrados con el único fin de recopilar datos y que no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas (CT por sus siglas en inglés) realizadas todos los meses como parte de un estudio si su afección médica por lo general requeriría una sola CT.
- Los artículos y servicios suministrados por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para las personas que participan en el ensayo.

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica en la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica) de Medicare, disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1 Una institución religiosa no médica de cuidado dedicada al cuidado de la salud

Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud es un centro que ofrece atención médica para una afección que por lo general se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de algún miembro, en su lugar cubriremos la atención médica en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Este beneficio es exclusivo de los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención de la salud no médica).

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

Sección 6.2 Cómo obtener atención médica de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Para recibir atención de una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud, debe firmar un documento legal en el que declare que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico **no exceptuado**.

- Se considera tratamiento o atención médica **no exceptuado** al tratamiento o la atención médica *voluntario* que no sea *obligatorio* conforme a ninguna ley federal, estatal o local.
- Se considera tratamiento médico **exceptuado** al tratamiento o la atención médica que *no* es voluntario o que *se exige* en virtud de la ley federal, estatal o local.

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

- El centro que brinda la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos *no religiosos* de la atención médica.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada;
 - y debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro; de lo contrario, la estancia no tendrá cobertura.

El costo compartido y los límites de cobertura de Medicare para hospitalizaciones se aplican a los servicios obtenidos en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud (consulte el Tabla de Beneficios Médicos en el capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas para obtener la propiedad de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 No será propietario de ciertos equipos médicos duraderos después de hacer una determinada cantidad de pagos conforme a nuestro plan

El equipo médico duradero (DME por sus siglas en inglés) incluye artículos como equipos de oxígeno e suministros, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos generadores de voz, bombas para infusión IV, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para que los miembros las usen en su casa. El miembro siempre tendrá la propiedad de algunos artículos del DME, como las prótesis. Hay otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. **Como miembro de Generations Chronic Care (HMO C-SNP), generalmente no obtendrá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que abone por el artículo**

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

mientras sea miembro de nuestro plan. No obtendrá la propiedad, aunque haya hecho hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias, le transferiremos la propiedad del DME a usted. Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos que hizo por los equipos médicos duraderos si se cambia a Medicare Original?

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras era miembro de nuestro plan, deberá hacer otros 13 pagos consecutivos después de cambiar a Medicare Original para poder adquirir el DME. Los pagos que hizo mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan como parte de estos 13 pagos.

Ejemplo 1: hizo 12 pagos consecutivos o menos por un artículo en Medicare Original y, luego, se inscribió en nuestro plan. Los pagos que hizo en Medicare Original no se toman en cuenta.

Ejemplo 2: hizo 12 pagos consecutivos o menos por un artículo en Medicare Original y, luego, se inscribió en nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras era miembro de nuestro plan. Posteriormente, vuelve a Medicare Original. Deberá hacer otros 13 pagos consecutivos para obtener la propiedad del artículo una vez que vuelva a inscribirse en Medicare Original. Los pagos que ya haya hecho (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no se toman en cuenta.

Sección 7.2 Normas para los equipos de oxígeno, suministros y el mantenimiento

Si reúne los requisitos para la cobertura de los equipos de oxígeno de Medicare, Generations Chronic Care (HMO C-SNP) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y sus contenidos
- Tubos y accesorios relacionados para la administración de oxígeno y sus contenidos
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si abandona Generations Chronic Care (HMO C-SNP) o ya no necesita el equipo de oxígeno por motivos médicos, deberá devolver el equipo.

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

Medicare Original exige que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted debe alquilar el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor suministra el equipo y se encarga del mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede optar por quedarse en la misma compañía o cambiarse a otra. En ese momento, el ciclo de 5 años vuelve a empezar, aunque se quede con la misma compañía, y debe pagar copagos otra vez durante los primeros 36 meses. Si usted se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

*Tabla de Beneficios Médicos (lo que
está cubierto y lo que usted paga)*

SECCIÓN 1 Entendiendo los costos de su bolsillo por servicios cubiertos

En el Tabla de Beneficios Médicos se enumeran los servicios cubiertos y se indica cuánto paga usted por cada servicio cubierto como miembro de Generations Chronic Care (HMO C-SNP). En esta sección también se incluye información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y se explican las limitaciones para determinados servicios.

Sección 1.1 Costos de su bolsillo que puede pagar por servicios cubiertos

Los tipos de costos de su bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- **Copago:** el monto fijo que usted paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Usted abonará un copago en el momento en que recibe el servicio médico (en el Tabla de Beneficios Médicos encontrará más información sobre los copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted pagará un coseguro en el momento en que reciba el servicio médico (en el Tabla de Beneficios Médicos encontrará más información sobre el coseguro).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB por sus siglas en inglés) no pagan deducibles, copagos ni coseguro. Si participa en uno de estos programas, asegúrese de mostrarle su evidencia de elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor.

Sección 1.2 ¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Medicare Parte B?

Los planes Medicare Advantage prevén límites en el monto total que debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red cubiertos por Medicare Parte A y Medicare Parte B. Este límite se denomina la cantidad máxima de su bolsillo (MOOP por sus siglas en inglés) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026 el monto de la MOOP es de \$3,450.**

Los montos que paga de los copagos y el coseguro por servicios cubiertos dentro de la red cuentan para el cálculo de esta la cantidad máxima de su bolsillo. Los montos que usted pague por los medicamentos de la Parte D no cuentan para el cálculo de la cantidad máxima de su bolsillo. Además, los montos que usted pague por algunos servicios no cuentan para el cálculo de la cantidad máxima de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en el Tabla de Beneficios Médicos. Si alcanza la cantidad máxima de su bolsillo de **\$3,450**, no deberá pagar ningún costo de su bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando 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 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de Generations Chronic Care (HMO C-SNP), cuenta con una protección importante, ya que solo debe pagar su monto de costo compartido cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

separado, lo que se conoce como **facturación del saldo**. Esta protección se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, y también si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

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

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, \$15.00), usted paga únicamente ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto se estipula en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores participantes (nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en algunos casos, por ejemplo, cuando obtiene una remisión, tiene una emergencia o recibe servicios de urgencia).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores no participantes (nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en algunos casos, por ejemplo, cuando obtiene una remisión, tiene una emergencia o recibe servicios de urgencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le facturó un saldo, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 En el Tabla de Beneficios Médicos se muestran sus costos y beneficios médicos

En el Tabla de Beneficios Médicos que se encuentra en las páginas siguientes se enumeran los servicios que Generations Chronic Care (HMO C-SNP) cubre y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el capítulo 5). Los servicios enumerados en el Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se reúnen estos requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben brindarse según las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica y cumplen con normas aceptadas de la práctica médica.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Si se inscribió recientemente, el plan de atención médica coordinada Medicare Advantage (MA por sus siglas en inglés) debe facilitar un período de transición mínimo de 90 días. En ese plazo, el nuevo plan MA no puede requerir autorización previa para ningún ciclo de tratamiento en curso, ni siquiera si el ciclo de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención médica de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no se cubrirá, a menos que se trate de atención médica de emergencia o de urgencia, o que nuestro plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. Esto significa que usted le paga al proveedor la totalidad de los servicios fuera de la red que recibe.
- Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés) que le brinda atención médica y la supervisa. En la mayoría de los casos, el PCP debe darle su aprobación por adelantado (una remisión) antes de que usted pueda consultar a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos de los servicios enumerados en el Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en el Tabla de Beneficios Médicos en negrita. Estos servicios no enumerados en el Tabla de Beneficios Médicos también necesitan autorización previa:
 - Remisiones a cualquier proveedor fuera de la red.
 - Servicios que son beneficios cubiertos, pero que el médico presta fuera de su consultorio.
 - Cualquier otro servicio que no esté específicamente enumerado en el Tabla de Beneficios Médicos.
- Si su plan de atención médica coordinada aprueba una solicitud de autorización previa para un plan de tratamiento, dicha aprobación deberá mantenerse vigente durante el tiempo que sea médica y razonablemente necesario para evitar interrupciones en la atención, de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, sus antecedentes médicos y la recomendación del proveedor responsable.

Otros puntos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* con nuestro plan de lo que pagaría con Medicare Original. Por otros, paga *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual *Medicare y Usted 2026*, en línea en www.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227] y solicite una copia; los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de los servicios médicos preventivos cubiertos sin costo con Medicare Original, también le cubrimos esos servicios sin costo alguno. Sin embargo, si también le tratan o controlan una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención médica que recibió por dicha afección médica.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Si Medicare aumenta la cobertura de algún servicio nuevo durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de un mes de elegibilidad continua presunta de nuestro plan, seguiremos brindándole todos los beneficios cubiertos del plan y sus montos de costos compartidos no cambiarán durante este período.

Información importante sobre beneficios para miembros con afecciones crónicas

- Si se le diagnostica cualquiera de las afecciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
 - enfermedad cardiovascular, arritmia cardíaca, trastorno tromboembólico venoso crónico, enfermedad arterial coronaria, infarto de miocardio, enfermedad vascular periférica, enfermedad de las válvulas, cardíacas insuficiencia, cardíaca crónica (CHHF), diabetes mellitus
 - Debido a que las afecciones crónicas enumeradas son un requisito para la inscripción, no necesita hacer nada para poder recibir beneficios complementarios especiales destinados a pacientes con enfermedades crónicas
- Para obtener más detalles, consulte la fila *Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* en el Cuadro de beneficios médicos a continuación.
- Comuníquese con nosotros y averigüe para qué beneficios específicos puede ser elegible.



Esta manzana indica los servicios preventivos en el Tabla de Beneficios Médicos.

Tabla de Beneficios Médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía preventiva por única vez para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen preventivo si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene la remisión correspondiente del médico, asociado médico, enfermera de práctica avanzada o especialista en enfermería clínica.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a los miembros elegibles para este examen de detección preventivo. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días en los siguientes casos: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como aquel que tiene las siguientes características:	Usted paga \$20 de copago por los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare para el tratamiento del dolor lumbar crónico. Se puede requerir remisión y autorización previa.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• dura 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con una intervención quirúrgica; y • no está asociado con el embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para pacientes que muestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor de espalda crónico al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. Requisitos que debe reunir el proveedor: Los médicos (según se define en el inciso 1861[r][1] de la Ley de Seguro Social [la “Ley”]) pueden practicar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales vigentes. Los asociados médicos (PA), enfermeros de práctica avanzada (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (según se identifican en el inciso 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden prestar servicios de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y disponen de lo siguiente: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental otorgado por una institución acreditada por la Comisión de Acreditación en Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM por sus siglas en inglés); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o en District of Columbia. El personal auxiliar que preste servicios de acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS según lo exigen nuestras regulaciones previstas en los incisos 410.26 y 410.27 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR por sus siglas en inglés).	

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en situaciones de emergencia o que no son de emergencia, incluyen ambulancias terrestres y aéreas de ala fija y de ala rotatoria hasta el centro adecuado más cercano que pueda brindar atención médica, siempre que se presten a un miembro cuya afección médica sea tal que otros medios de transporte puedan poner en riesgo su salud o si así lo autoriza nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría poner en riesgo la salud del paciente y que el traslado en ambulancia es médicamente necesario.	Usted paga el 20% del costo total por el servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare por tramo. Usted paga \$240 de copago por los servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare por tramo. Si le admiten en el hospital, no tiene que pagar el copago ni el coseguro de los servicios de ambulancia. Usted será responsable del costo si llama a una ambulancia, pero no va al hospital. Los servicios no relacionados con el transporte no tienen cobertura. Se requiere autorización previa para el transporte que no sea de emergencia.
Examen físico anual - Examen del sistema cardíaco, pulmonar, abdominal y neurológico - Exploración física del cuerpo (como de la cabeza, el cuello y las extremidades) - Antecedentes médicos/familiares detallados - Límite de un examen por año además de la visita anual de bienestar Debe realizarse en el consultorio del PCP. Contáctese con su PCP para programar una cita.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual.
 Visita anual de bienestar Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede acudir a una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar. Los servicios médicos no preventivos que se prestan

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
estado de salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita anual de bienestar no se puede llevar a cabo en los 12 meses posteriores a la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de <i>Bienvenida a Medicare</i> para gozar de cobertura en las visitas anuales de bienestar luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	durante la visita pueden requerir copagos.
 Densitometrías óseas Para las personas que reúnen los requisitos (generalmente, esto se refiere a quienes corren riesgo de perder masa ósea o de tener osteoporosis), se cubren los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el examen de densitometría ósea cubierto por Medicare. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.
 Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años • Un examen clínico de mamas cada 24 meses • Mamografías 2D o 3D cubiertas por Medicare	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para las mamografías cubiertas. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento se cubren para miembros que cumplan ciertos requisitos y con la remisión de un médico. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas estándar de rehabilitación cardíaca.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los servicios estándar o intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. Se puede requerir remisión y autorización previa.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (tratamiento de enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, el médico puede evaluar el uso de ácido acetilsalicílico (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose de forma saludable.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.
 Examen de detección de enfermedad cardiovascular Los análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) se cubre una vez cada 5 años (60 meses).	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que se cubren una vez cada 5 años. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.
 Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si corre un riesgo alto de tener cáncer vaginal o del cuello uterino o está en edad fértil y obtuvo un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años, se cubre una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales preventivos cubiertos por Medicare. Debe realizarse pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos con su PCP o con un ginecobstetra (OB/GYN) de la red. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.	Usted paga \$20 de copago por cada visita para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de alivio y tratamiento del dolor crónico Se cubren los servicios mensuales para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, el control de los medicamentos y la coordinación y planificación de la atención médica.	El costo compartido de este servicio variará según los servicios individuales proporcionados durante el curso del tratamiento. <u>Servicios de especialistas:</u> Usted paga \$20 de copago por cada visita al consultorio para los servicios cubiertos por Medicare cuando consulta a un especialista. Se puede requerir remisión y autorización previa. <u>Supervisión remota:</u> Usted paga \$20 de copago una vez cada 30 días para los servicios de supervisión cubiertos por Medicare según las pautas de cobertura. <u>Coordinación y planificación de la atención médica:</u> No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los servicios de coordinación de la atención médica.
Pruebas de diagnóstico de cáncer colorrectal Se trata de las pruebas para diagnosticar síntomas separadas de los servicios de detección.	Usted paga \$175 de copago por cada visita para los servicios cubiertos por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria. Se puede requerir remisión y autorización previa. Usted paga \$225 de copago por cada visita para los servicios cubiertos por Medicare en un departamento de cirugía ambulatoria.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Se puede requerir remisión y autorización previa. Si le admiten en un nivel de cuidados intensivos para pacientes internados después de una cirugía ambulatoria o en un consultorio externo, no deberá pagar el copago correspondiente a dicha cirugía, y se aplicará el costo compartido para el nivel de cuidados intensivos para pacientes internados.
 Examen de detección de cáncer colorrectal Los siguientes servicios tienen cobertura: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no presentan alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no presentan alto riesgo de cáncer colorrectal y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no presentan alto riesgo de cáncer colorrectal se cubre cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o bien 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. En el caso de los pacientes que presentan alto riesgo de cáncer colorrectal, es posible que se pague una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si el médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, no se aplican coseguro, copago ni deducible. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no presentan alto riesgo después de haber recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Exámenes de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Análisis de DNA en heces multidiaria para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de un resultado positivo en un examen de detección de cáncer colorrectal no invasivo en heces cubierto por Medicare. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección o una colonoscopia de detección planificadas que implican la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con, como resultado de y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.	
Servicios dentales En general, Medicare Original no cubre los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales). Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en determinadas circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica principal de una persona. Los ejemplos de servicios incluyen la reconstrucción de una fractura o lesión de la mandíbula, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación contra un cáncer que afecta la	Usted paga \$20 de copago por cada visita al consultorio para los servicios dentales cubiertos por Medicare. Se puede requerir remisión y autorización previa.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
mandíbula o los exámenes bucales antes de un trasplante de órganos. Además, cubrimos estos servicios: • Servicios dentales integrales • Servicios dentales preventivos	
* Servicios dentales integrales • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Prostodoncia, extraíble • Prótesis maxilofacial • Prostodoncia, fija • Cirugía bucal y maxilofacial • Servicios generales complementarios Para conocer los códigos dentales cubiertos y las limitaciones específicas, consulte el cuadro de beneficios dentales al final de esta sección. Si le prestan servicios antes de que finalice el plazo, usted será responsable del costo de dichos servicios. Si desea obtener ayuda para encontrar un dentista de la red o si necesita más información sobre estos servicios cubiertos, llame a DentaQuest al 1-833-955-3423 (TTY: 1-800-466-7566), 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).	Servicios de restauración: • No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los empastes. • Usted paga 20% del costo total por otros servicios de restauración. Endodoncia: • Usted paga 20% del costo total por los servicios de endodoncia. Periodoncia: • No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para las limpiezas periodontales. Consulte la sección “Servicios dentales preventivos”. • Usted paga 20% del costo total por otros servicios periodontales. Prostodoncia, extraíble • Usted paga 20% del costo total por los servicios de prostodoncia. Prótesis maxilofacial

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	• Usted paga 20% del costo total por prótesis maxilofaciales.
Prostodoncia, fija	
	• Usted paga 20% del costo total por los servicios de prostodoncia.
Cirugía bucal y maxilofacial	
	• Usted paga 20% del costo total por cirugía bucal y maxilofacial.
Servicios generales complementarios	
	• No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los servicios generales complementarios.
	Solo pagaremos hasta un total de \$2,000 por los servicios dentales preventivos e integrales por año. Usted paga el monto que supere esta asignación.
	* El coseguro que pague por los servicios dentales complementarios no cuentan para el cálculo de la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Todo monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo de la cantidad máxima que paga de su bolsillo.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
*Servicios dentales preventivos • Limpieza • Radiografías dentales • Exámenes bucales • Tratamiento con flúor Para conocer los códigos dentales cubiertos y las limitaciones específicas, consulte el cuadro de beneficios dentales al final de esta sección. Si le prestan servicios antes de que finalice el plazo, usted será responsable del costo de dichos servicios. Si desea obtener ayuda para encontrar un dentista de la red o si necesita más información sobre estos servicios cubiertos, llame a DentaQuest al 1-833-955-3423 (TTY: 1-800-466-7566), 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).	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los servicios dentales preventivos. No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para limpieza periodontal, combinada con limpiezas preventivas. Solo pagaremos hasta un total de \$2,000 por los servicios dentales preventivos e integrales por año. Usted paga el monto que supere esta asignación. * Todo monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo de la cantidad máxima que paga de su bolsillo.
 Evaluación de depresión Cubrimos una evaluación de depresión por año. Esta evaluación debe hacerse en un entorno de atención médica primaria en el que se ofrezcan tratamientos de seguimiento o remisiones.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para la evaluación de depresión. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.
Servicios de dermatología Cubrimos los servicios y el tratamiento que habitualmente se brindan en una visita al consultorio.	Usted paga \$20 de copago por cada visita al consultorio para los servicios de dermatología cubiertos por Medicare. No se requiere remisión ni autorización previa para las visitas de evaluación. Se puede requerir remisión y autorización previa para algunos otros servicios.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Examen de detección de diabetes Cubrimos este examen de detección (que incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de nivel elevado de azúcar en sangre (glucosa). Este examen también puede cubrirse si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Es posible que sea elegible para un máximo de 2 exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha del examen de detección de diabetes más reciente.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.
 Servicios e suministros para la diabetes y capacitación para el autocontrol de la diabetes Para todos los pacientes diabéticos (que usan y no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos para punción y lancetas y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los medidores. ◦ Esta es la única marca de medidores de glucosa en sangre y tiras reactivas que se cubre: Ascensia (Contour). ◦ Estas son las únicas marcas de medidores continuos de glucosa (límite de 1 medidor cada 365 días) e suministros que se cubren: Dexcom® y FreeStyle.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para suministros de las pruebas de diabetes cubiertos por Medicare. Se puede requerir autorización previa. No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los zapatos o las plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare. Se puede requerir autorización previa. No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para la capacitación para el autocontrol de la diabetes.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
◦ Por lo general, Generations Chronic Care (HMO C-SNP) cubre los medidores de glucosa en sangre y las tiras reactivas que se incluyen en la lista de marcas preferidas anterior a través de las farmacias de la red. No cubriremos marcas de otros fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que esa marca es apropiada para sus necesidades médicas. Si usted es un miembro nuevo en Generations Chronic Care (HMO C-SNP) y usa una marca de medidor de glucosa en sangre y tiras reactivas que no está en nuestra lista, seguiremos cubriendo esta marca por un máximo de 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es adecuada desde el punto de vista médico después de este período de 90 días (si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que le dé una remisión para obtener una segunda opinión). • Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor en cuanto al producto o la marca apropiados para su afección médica (para obtener más información acerca de las apelaciones, consulte el capítulo 9). • Para personas con diabetes que padecen una enfermedad grave del pie diabético: un par de zapatos terapéuticos a medida (incluidas las plantillas que se entregan con ese tipo de calzado) por año calendario y 2 pares de plantillas adicionales, o un par de zapatos ortopédicos a medida y 3 pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que vienen con ese tipo de calzado). La cobertura incluye la adaptación al calzado. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en determinadas circunstancias.	Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.
Equipo médico duradero (DME por sus siglas en inglés) e suministros relacionados	Usted paga 20% del costo total por el equipo médico duradero cubierto por Medicare.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
(Para conocer la definición de equipo médico duradero, consulte el capítulo 12 y el capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas para infusión IV, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial por usted. La lista más reciente de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web en https://gh-findcare.globalhealthportals.com/oklahoma/globalhealth/medicare.	Se puede requerir autorización previa. No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los suministros para la diabetes de la Parte B. Consulte la capacitación para el autocontrol de la diabetes y los servicios e suministros para la diabetes para obtener más información. Se puede requerir autorización previa. Su costo compartido correspondiente a la cobertura de Medicare para los equipos de oxígeno es el 20% del costo total, todos los meses. Después de 36 meses de estar inscrito en Generations Chronic Care (HMO C-SNP), su costo compartido cambiará a 0% de coseguro para los concentradores. Si usa tanques de oxígeno o cilindros que necesitan suministro de oxígeno, pagará el 20% del monto aprobado por Medicare por dichos suministros. Se puede requerir autorización previa. No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare y suministrado por una agencia de atención médica domiciliaria.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención médica de emergencia La atención médica de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características: • los suministra un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia, y • son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier persona prudente sin formación médica pero con conocimientos promedio sobre salud, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, en el caso de una persona embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o de su función. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una dolencia que empeora rápidamente. Los costos compartidos de los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red son los mismos que cuando recibe estos servicios dentro de la red. La atención médica de emergencia solo se cubre dentro de los Estados Unidos y sus territorios.	Se puede requerir autorización previa. Usted paga \$90 de copago por cada visita para todos los servicios de atención médica de emergencia cubiertos por Medicare que recibe durante la visita. Si le admiten en el hospital como paciente internado o bajo observación ambulatoria en un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar el copago de atención médica 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 médica de emergencia. Si recibe atención médica de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención médica como paciente internado una vez estabilizada su emergencia médica, deberá trasladarse a un hospital de la red para que se siga cubriendo la atención. De lo contrario, deberá recibir la atención médica como paciente internado en el hospital fuera de la red que el plan autorice, y el costo a su cargo será el mismo costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
*Atención médica de emergencia: cobertura a nivel mundial • Esto incluye atención médica de emergencia o de urgencia. • Los servicios de ambulancia no están cubiertos. • El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. • No se cubren ni los tratamientos previamente programados y planificados (incluida la diálisis para una afección en curso si la brinda un proveedor no calificado) ni los procedimientos electivos. • Los servicios que presta un dentista no están cubiertos. GlobalHealth no le reembolsará el monto correspondiente a su copago que haya pagado en el momento del servicio. GlobalHealth le reembolsará otros costos cubiertos que pague relacionados con los servicios de atención médica de emergencia o de urgencia. Si necesita recibir atención médica como paciente internado una vez estabilizada su emergencia médica, deberá regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo la atención. De lo contrario, deberá recibir la atención médica como paciente internado en el hospital fuera de la red que el plan autorice, y el costo a su cargo será el mismo costo compartido que pagaría en un hospital de la red.	Usted paga \$90 de copago por cada visita para los servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Tiene cobertura de hasta \$50,000 cada año para los servicios de emergencia o de urgencia (combinados) fuera de los Estados Unidos. *Cualquier monto que pague por los servicios de emergencia en todo el mundo no cuentan para el cálculo de la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Todo monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo de la cantidad máxima que paga de su bolsillo.
 Programas educativos sobre salud y bienestar Los miembros tienen acceso a gimnasios junto con el personal de apoyo, incluido lo siguiente: • Instructores y asesores de acondicionamiento físico en gimnasios • Biblioteca de videos a pedido para hacer ejercicio físico en el hogar • Opciones de dispositivos inalámbricos y portátiles para controlar la actividad física • Clases en línea • Clases educativas sobre envejecimiento saludable • Una aplicación móvil	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para la membresía anual. Los montos que pague por un entrenador personal o un gimnasio que no sea un gimnasio estándar de la red no cuentan para el cálculo de la cantidad máxima que paga de su bolsillo.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
El objetivo del beneficio es alentar a los miembros a bajar de peso, reducir el riesgo de caídas y mejorar o mantener su salud. No se requiere remisión ni autorización previa para los beneficios de gimnasios. Para obtener más información, registrarse sin costo o encontrar ubicaciones de gimnasios, visite www.globalhealth.com.	
Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y el equilibrio que realiza el proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico se cubren como atención médica ambulatoria cuando las recibe de un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para las evaluaciones de diagnóstico de la audición y el equilibrio realizadas por un PCP y cubiertas por Medicare. Usted paga \$20 de copago por cada visita para los exámenes a cargo de un especialista destinados a diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.
Servicios de audición: audífonos* • Audífonos • El ajuste y la evaluación de audífonos se limitan a 1 vez por año *Las compras de audífonos incluyen lo siguiente: • 3 visitas de seguimiento durante el primer año desde la fecha inicial de colocación • Período de prueba de 60 días desde la fecha de la colocación • 60 pilas por año, por audífono (suministro para 3 años) • 3 años de garantía del fabricante para reparaciones • Cobertura de reemplazo de los audífonos por única vez por pérdida, robo o daño (puede aplicarse un deducible por audífono) NationsBenefits ofrece una amplia selección de audífonos de todos los principales fabricantes. Llame al 1-877-241-4736 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, para obtener más información sobre su beneficio de audífonos.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los audífonos y servicios de audición. Solo pagaremos hasta un total de \$1,000 para audífonos por año para ambos oídos combinados. Usted paga el monto que supere esta asignación. * Todo monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo de la cantidad máxima que paga de su bolsillo.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de audición: evaluaciones de audición de rutina • Límite de 1 evaluación por año para determinar la necesidad de audífonos Comuníquese con NationsBenefits al 1-877-241-4736 (TTY: 711) para programar una cita de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para la evaluación de los audífonos. Debe obtener sus audífonos y los servicios de evaluación y ajuste de los mismos de un proveedor de NationsBenefits. No se cubre ningún otro servicio de audición durante esta evaluación.
Servicios de audición: examen de audición de rutina Límite de 1 examen por año.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el examen de audición de rutina. Debe obtener el examen de audición de un proveedor de GlobalHealth. Los servicios médicos que no son de rutina y que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.
 Examen de detección del HIV En el caso de las personas que solicitan un examen de detección de HIV o que tienen mayor riesgo de contraer una infección por HIV, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Si esta embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta 3 exámenes de detección durante el embarazo	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a los miembros elegibles para el examen de detección preventivo del HIV cubierto por Medicare. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.
Servicios de una agencia de atención médica domiciliaria Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita esos servicios y ordenará que una agencia de atención médica domiciliaria se los brinde. Debe estar confinado en casa, lo que implica que salir de su casa representa un esfuerzo considerable. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para las visitas de atención médica domiciliaria cubiertas por Medicare. Se puede requerir remisión y autorización previa.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Servicios de enfermería especializada y asistencia mediante atención médica domiciliaria de tiempo parcial o intermitente (para que tengan cobertura del beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios combinados de enfermería especializada y asistencia domiciliaria deben ser de menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos e suministros médicos	Los servicios de atención médica domiciliaria y los artículos suministrados por una agencia de atención médica domiciliaria no tienen costos compartidos. Sin embargo, los costos compartidos correspondientes que se indican en otra parte del Tabla de Beneficios Médicos se aplicarán si no es una agencia de atención médica domiciliaria la que suministra el artículo. Se puede requerir autorización previa.
Terapia de infusiones en el hogar La terapia de infusiones en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su casa. Los componentes necesarios para realizar las infusiones en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulina), los equipos (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de acuerdo con nuestro plan de atención médica • Capacitación y educación del paciente que el beneficio de equipo médico duradero no cubre • Supervisión remota • Servicios de supervisión para la prestación de terapia de infusiones en el hogar y medicamentos para este tratamiento a cargo de un proveedor calificado en terapia de infusiones en el hogar.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los servicios profesionales cubiertos por Medicare, incluidos los servicios de enfermería, capacitación y educación, supervisión remota y servicios de supervisión. Se puede requerir remisión y autorización previa. Usted paga hasta 20% del costo total por los medicamentos cubiertos de Medicare Parte B. Puede estar sujeto a la terapia escalonada. Consulte la sección “Medicamentos de Medicare Parte B”. Se puede requerir autorización previa.
*Servicios de asistencia a domicilio (Papa Pals) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Tareas domésticas livianas, como preparación de comidas, organización, lavandería • Asistencia técnica, como configuración de teléfonos o computadoras personales, asistencia con las citas de telesalud • Transporte hacia y desde las citas con el médico, compras de comestibles u otras tareas • Visitas virtuales por teléfono Los servicios de Papa Pal se brindan hasta un máximo de 65 horas por año, con un mínimo de una hora por visita. Las visitas están disponibles los siete días de la semana, de 8 a.m. a 7 p.m., hora local, excepto los días de Acción de Gracias, Navidad y Año Nuevo. Para programar los servicios, llame al 1-855-485-9692 (TTY: 711), de 8 a.m. a 10 p.m., los 7 días de la semana. La llamada inicial incluirá una evaluación para encontrar a su “Papa Pal” que se adecue a sus intereses y necesidades. Se puede requerir la programación de una visita con 72 horas de anticipación. Papa Pals se somete a verificaciones de antecedentes y revisiones del historial de conducción, y participa en sesiones de capacitación y formación continua. Los Papa Pal no están certificados para ofrecer apoyo con las actividades cotidianas, como alimentarse, ir al baño o vestirse.	servicios de asistencia a domicilio. *Todo monto que pague por los servicios de asistencia a domicilio que superen la limitación de tiempo no cuenta para el cálculo de la cantidad máxima que paga de su bolsillo.
Cuidados paliativos Usted es elegible para recibir el beneficio de cuidados paliativos cuando el médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le hayan dado un diagnóstico terminal que certifica que padece una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede obtener atención médica de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los que sean de nuestra propiedad, estén bajo nuestro control o en los que tengamos algún interés financiero. El médico a cargo de los cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, el pago de dichos servicios y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal corre por cuenta de Medicare Original, no de Generations Chronic Care (HMO C-SNP). No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los servicios de consulta de cuidados paliativos.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor • Cuidados de relevo a corto plazo • Atención en el hogar Cuando usted ingresa en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si lo hace, debe seguir pagando las primas correspondientes. En el caso de los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B relacionados con su diagnóstico terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) le pagará al proveedor de cuidados paliativos los servicios relacionados y cualquier servicio de la Parte A y de la Parte B relacionado con su diagnóstico terminal. Mientras participe en el programa de cuidados paliativos, el proveedor responsable le facturará a Medicare Original los servicios que Medicare Original paga. A usted se le facturarán los costos compartidos de Medicare Original. En el caso de los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B que no están relacionados con su diagnóstico terminal: si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B que no están relacionados con su diagnóstico terminal, el costo que le corresponde por estos servicios depende de que use un proveedor de la red de nuestro plan y siga las normas del plan (por ejemplo, si existe el requisito de obtener una autorización previa). • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para acceder a dichos servicios, solo paga el monto del costo compartido de nuestro plan por los servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga los costos compartidos de Medicare Original. En el caso de los servicios cubiertos por Generations Chronic Care (HMO C-SNP), pero no están cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B: Generations Chronic Care (HMO C-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B,	

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
ya sea que estén relacionados o no con un diagnóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido del plan por estos servicios. En el caso de los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal en el marco de los cuidados paliativos, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal en el marco de los cuidados paliativos, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte la sección 9.4 del capítulo 5. Nota: Si necesita atención médica que no sea de cuidados paliativos (atención médica que no esté relacionada con su diagnóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para las personas con enfermedades terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.	
 Vacunas Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en otoño e invierno y vacunas adicionales si es médicamente necesario • Vacunas contra la hepatitis B si presenta alto riesgo o riesgo intermedio de contraer la enfermedad • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas, si presenta alto riesgo y estas cumplen las normas de cobertura de Medicare Parte B También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos en el marco de nuestro beneficio de medicamentos	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
de la Parte D. Consulte la sección 8 del capítulo 6 para obtener más información.	
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye cuidados intensivos para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención médica a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior al alta es su último día como paciente internado. Nuestro plan cubre hasta 190 días de hospitalización por admisión. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Se trata de días “extra” que cubrimos. Si su hospitalización supera los 190 días, puede usar estos días extra. Pero una vez que haya agotado los 60 días extra, su cobertura de hospitalización se limitará a 190 días por admisión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería de rutina • Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Fármacos y medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias	Por cada hospitalización cubierta por Medicare: • Usted paga \$195 de copago por día para los días 1 a 7. • No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 8 a 90. • No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 91 a 190. Se cobra un costo compartido por cada internación. Los copagos del hospital se aplican en la fecha de admisión. Nota: Si se le admite en el hospital en 2025 y no le dan de alta hasta algún momento de 2026, se aplicará el costo compartido de 2025 a esa admisión hasta que reciba el alta hospitalaria o le transfieran a un centro de enfermería especializada. Se puede requerir remisión y autorización previa. Excepto en caso de emergencia, el médico debe informarle al plan que a usted se le admitirá en el hospital. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• En determinadas circunstancias, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre e intestinal o multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos con un centro de trasplantes aprobado por Medicare para que revise su caso y decida 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 modelo de atención de la comunidad, usted puede optar por recibir el trasplante a nivel local, siempre y cuando los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Medicare Original. Si Generations Chronic Care (HMO C-SNP) ofrece servicios de trasplante en un lugar fuera del modelo de atención para trasplantes de su comunidad y usted opta por recibir el trasplante en ese lugar distante, coordinaremos o cubriremos los gastos adecuados de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • Sangre, incluido su almacenamiento y administración; la cobertura de sangre total y concentrados de glóbulos rojos comienza con la primera unidad de sangre que necesite. • Servicios del médico Nota: Para que se le admita como paciente internado, su médico debe ordenar formalmente su ingreso al hospital. Aunque permanezca en el hospital durante toda la noche, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no sabe con certeza si es un paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare titulada <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Para acceder a esta hoja informativa, ingrese en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	vez estabilizada su emergencia médica, el costo a su cargo será el mismo costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Nuestro plan cubre hasta 90 días de hospitalización por admisión. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Se trata de días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización supera los 90 días, puede usar estos días extra. Pero una vez que haya agotado los 60 días extra, su cobertura de hospitalización se limitará a 90 días por admisión.	Por cada hospitalización cubierta por Medicare: • Usted paga \$195 de copago por día para los días 1 a 7. • No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 8 a 90. Se cobra un costo compartido por cada internación. Los copagos del hospital se aplican en la fecha de admisión. Nota: Si se le admite en el hospital en 2025 y no le dan de alta hasta algún momento de 2026, se aplicará el costo compartido de 2025 a esa admisión hasta que reciba el alta hospitalaria o le transfieran a un centro de enfermería especializada. Se puede requerir remisión y autorización previa. Excepto en caso de emergencia, el médico debe informarle al plan que a usted se le admitirá en el hospital. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez estabilizada su emergencia médica, el costo a su cargo será el mismo costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Hospitalización: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o SNF durante una internación sin cobertura	Usted paga los mismos copagos o coseguros por los servicios tal como se detallan

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Si ya ha usado sus beneficios como paciente internado o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios del médico • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios de técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Aparatos ortopédicos y ortesis (sin incluir los dentales) que reemplazan total o parcialmente un órgano interno (incluido el tejido contiguo), o que reemplazan total o parcialmente la función de un órgano interno permanentemente no operativo o con funcionamiento defectuoso, incluidos el reemplazo o la reparación de dichos aparatos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	en otra parte de este Cuadro de beneficios. Usted paga el 100% de los cargos del centro por una hospitalización sin cobertura en un hospital o un SNF. Su copago o coseguro por los servicios para pacientes ambulatorios pertinentes se aplica a suministros y servicios cubiertos por Medicare que recibe durante una internación sin cobertura en un hospital o un SNF. Consulte los servicios para pacientes ambulatorios en otra parte de este cuadro para conocer los costos. Se puede requerir remisión y autorización previa.
* Beneficio de comidas Cubrimos las comidas para los miembros que reciben el alta de un centro para pacientes internados (hospital, centro de enfermería especializada o de rehabilitación para pacientes internados). Las estancias de pacientes ambulatorios en un hospital no cuentan; se le debe admitir como paciente internado (si no sabe con certeza de si es un paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital). Límite de 2 comidas por día durante 7 días, para un total de 14 comidas por alta, hasta 4 veces (altas) por año.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio de comidas. Se puede requerir autorización previa.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Tratamiento nutricional médico Este beneficio es para pacientes con diabetes, enfermedades renales (del riñón, pero que no reciben diálisis), o después de un trasplante renal cuando lo indique el médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que recibe servicios de tratamiento nutricional médico conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y, posteriormente, 2 horas por año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar y renovar su orden cada año si necesita el tratamiento el próximo año calendario.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a los miembros elegibles para los servicios de tratamiento nutricional médico cubiertos por Medicare. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP por sus siglas en inglés) Los servicios del MDPP se cubren para personas elegibles en todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada destinada al cambio de conducta que ofrece capacitación práctica para lograr cambios alimentarios a largo plazo, aumentar la actividad física y desarrollar estrategias de resolución de problemas para superar las barreras que impiden mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.
Medicamentos de Medicare Parte B Estos medicamentos están cubiertos en la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que generalmente no se administra el propio paciente, sino que se le inyectan o infunden mientras recibe servicios de médicos, servicios hospitalarios ambulatorios o en centros de cirugía ambulatoria.	Usted paga hasta 20% del costo total por los medicamentos cubiertos de Medicare Parte B. Se puede requerir autorización previa. Para quimioterapia/radiación: Usted paga hasta 20% del costo total por los medicamentos cubiertos de Medicare Parte B.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Insulina suministrada a través de un artículo del equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por nuestro plan. • El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de la medicación, es posible que tenga que someterse a exploraciones y pruebas adicionales antes del tratamiento o durante este. Hable con su médico sobre qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte del tratamiento. • Factores de coagulación que usted se administra por inyección, si tiene hemofilia. • Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si también pagó por su trasplante de órgano. Usted debe tener la cobertura de la Parte A en el momento del trasplante cubierto y de la Parte B en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de Medicare Parte D cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en casa, tiene una fractura que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre algunos antígenos cuando los prepara un médico y los administra una persona debidamente capacitada (que podría ser el paciente) bajo la supervisión adecuada.	Se puede requerir autorización previa. No pagará más que el monto en dólares correspondiente al porcentaje ajustado de coseguro que se aplica al medicamento reembolsable específico de la Parte B (por lo general, un medicamento de fuente única, como uno de marca) según la fecha del servicio. Esto se aplica a medicamentos específicos de la Parte B y puede incluir medicamentos de quimioterapia. Para insulina: Usted paga hasta el 20% del costo total. No pagará más que \$35 por un suministro de un mes de insulina de la Parte B. Esto se aplica a la insulina que se usa en una bomba de insulina. Se puede requerir autorización previa. Para los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare que se obtienen en una farmacia de la red, el coseguro se aplica sobre el costo real del plan de salud, lo que refleja la tarifa de dispensación y el precio del administrador del

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare ayuda a pagar algunos medicamentos contra el cáncer que una persona toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o es un profármaco del medicamento inyectable. Un profármaco es una forma oral de un medicamento que, al ingerirlo, se descompone en el mismo ingrediente activo de la forma inyectable. Es posible que la Parte B cubra los nuevos medicamentos contra el cáncer por vía oral disponibles en el mercado. Si la Parte B no los cubre, lo hará la Parte D. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare ayuda a pagar los medicamentos orales contra las náuseas que se usan como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer. Estos medicamentos deben administrarse inmediatamente a las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o durante ese plazo o antes de este, y deben usarse como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD por sus siglas en inglés) cubiertos por Medicare Parte B. • Medicamentos calcimiméticos y quelante de fosfato del sistema de pago para la ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Ciertos medicamentos para diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y los anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como, Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta). • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades por inmunodeficiencia primaria.	beneficio de farmacia. Tanto la tarifa de dispensación como el precio varían según el medicamento y la comparación del medicamento de marca con el genérico. Es posible que también varíe según el tipo de farmacia que dispensa el medicamento (p. ej., farmacia de atención a largo plazo o minorista). En el caso de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare que se obtienen de un médico, el coseguro se aplica según el cuadro de tarifas de Medicare.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y por sonda). Los medicamentos enumerados pueden estar sujetos a Terapia escalonada. Este enlace le dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: https://www.globalhealth.com/oklahoma/pharmacy/drug-formularies. También cubrimos algunas vacunas con la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos con nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. En el capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que se cubran los medicamentos recetados. 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 los síntomas que tienen o si deben consultar a un médico o ir a un hospital. Llame al 1-800-554-9371 (TTY: 711).	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para las llamadas a la línea de enfermería.
 Examen de detección de la obesidad y tratamiento para promover el mantenimiento de la pérdida de peso Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos los servicios de asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento se cubre si se lleva a cabo 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 profesional sanitario para averiguar más información.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el examen de detección y el tratamiento preventivos de la obesidad. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.
Servicios de programas de tratamiento para el consumo de opioides Los miembros de nuestro plan que tienen un trastorno por consumo de opioides (OUD por sus siglas en inglés) pueden	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los servicios del programa certificado de tratamiento para

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
obtener cobertura de los servicios para tratar dicho trastorno a través de un Programa de tratamiento para opioides (OTP por sus siglas en inglés), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA por sus siglas en inglés) para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT por sus siglas en inglés) mediante agonistas y antagonistas opioides • Distribución y administración de los medicamentos del MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Examen toxicológico • Actividades de administración • Evaluaciones periódicas Si necesita ayuda para encontrar un programa certificado de tratamiento para el consumo de opioides, llame a Carelon Behavioral Health al 1-888-434-9202 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 5 p.m.	el consumo de opioides cubiertos por Medicare. Se puede requerir remisión y autorización previa.
Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales e suministros para técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre, incluido su almacenamiento y administración; la cobertura de sangre total y concentrados de glóbulos rojos comienza con la primera unidad de sangre que necesite. • Pruebas diagnósticas que no son de laboratorio, como CT, MRI, EKG y PET cuando el médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar un problema médico.	Nota: Si un miembro recibe múltiples servicios (excepto suministros médicos o sangre) en el mismo lugar el mismo día, solo se aplica el copago máximo. No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para las radiografías cubiertas por Medicare. Usted paga \$50 de copago por cada visita para los servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare. Se puede requerir remisión y autorización previa. Usted paga 20% del costo total por los dispositivos protésicos

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias	y suministros relacionados, entablillados, yesos y otros dispositivos cubiertos por Medicare. Se puede requerir autorización previa. No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los análisis de laboratorio cubiertos por Medicare. No se aplica ningún coseguro copago ni deducible para los análisis de sangre cubiertos por Medicare. Se puede requerir remisión y autorización previa. No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para las pruebas de diagnóstico ambulatorias simples cubiertas por Medicare, como ecografías, electrocardiograma (ECG o EKG por sus siglas en inglés), electroencefalograma (EEG), mamografía o prueba de esfuerzo en caminadora. Se puede requerir remisión y autorización previa. No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los estudios del sueño en el hogar. Se puede requerir remisión y autorización previa. Usted paga \$100 de copago por cada visita para los estudios del sueño en un centro para pacientes ambulatorios.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Se puede requerir remisión y autorización previa. Usted paga \$175 de copago por cada visita para las pruebas de diagnóstico ambulatorias complejas cubiertas por Medicare, como MRI, CT, PET, electromiografía o prueba de esfuerzo nuclear en consultorios de PCP o especialistas, en centros de atención médica de urgencia o en centros radiológicos preferidos (no hospitalarios). Se puede requerir remisión y autorización previa, excepto en el consultorio del PCP. Usted paga \$225 de copago por cada visita para las pruebas de diagnóstico ambulatorias complejas cubiertas por Medicare, como MRI, CT, PET, electromiografía o prueba de esfuerzo nuclear en un centro radiológico no preferido (hospitalario). Se puede requerir remisión y 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 que se le admita como paciente internado o si se le puede dar de alta. Para que se cubran los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y se les debe considerar razonables y necesarios. Los servicios de observación solo se cubren si los indica un médico u otra persona autorizada,	Usted paga \$225 de copago por cada visita para los servicios de observación cubiertos por Medicare. Si le admiten en un nivel de cuidados intensivos para pacientes internados después de haber estado en observación, no deberá pagar el copago correspondiente a los servicios de observación;

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
conforme a las leyes estatales de licenciamiento y los estatutos del personal del hospital, para admitir pacientes en el hospital o solicitar pruebas ambulatorias. Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirle a usted como paciente internado en el hospital, se le considerará paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de los costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante toda la noche, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no sabe con certeza si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare titulada <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Para acceder a esta hoja informativa, ingrese en www.es.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	en su lugar, se aplicará el costo compartido correspondiente a dichos cuidados. Se puede requerir remisión y autorización previa.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital destinados al diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como los servicios de observación o cirugía ambulatoria • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico que factura el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin dicho programa, sería necesario un tratamiento para pacientes internados • Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente factura el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede administrarse por su cuenta	Usted paga \$90 de copago por cada visita para todos los servicios de atención médica de emergencia cubiertos por Medicare que recibe durante la visita. Si le admiten en el hospital como paciente internado o bajo observación ambulatoria en un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar el copago de atención médica 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 médica de emergencia. Si recibe atención médica de emergencia en un hospital

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirle a usted como paciente internado en el hospital, se le considerará paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de los costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante toda la noche, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no sabe con certeza si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.	fuera de la red y necesita recibir atención médica como paciente internado una vez estabilizada su emergencia médica, deberá regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo la atención. De lo contrario, deberá recibir la atención médica como paciente internado en el hospital fuera de la red que el plan autorice, y el costo a su cargo será el mismo costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Usted paga \$225 de copago por cada visita para los servicios de observación cubiertos por Medicare. Si le admiten en un nivel de cuidados intensivos para pacientes internados después de haber estado en observación, no deberá pagar el copago correspondiente a los servicios de observación; en su lugar, se aplicará el costo compartido correspondiente a dichos cuidados. Se puede requerir remisión y autorización previa. Usted paga \$225 de copago por cada visita para los servicios de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare. Si le admiten en un nivel de cuidados intensivos para pacientes internados después de una cirugía ambulatoria, no deberá pagar el copago

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	correspondiente a la cirugía ambulatoria, y se aplicará el costo compartido correspondiente al nivel de cuidados intensivos para pacientes internados. Se puede requerir remisión y autorización previa. No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los análisis de laboratorio cubiertos por Medicare. Usted paga \$175 de copago por cada visita para las pruebas de diagnóstico ambulatorias complejas cubiertas por Medicare, como MRI, CT, PET, electromiografía o prueba de esfuerzo nuclear en consultorios de PCP o especialistas, en centros de atención médica de urgencia o en centros radiológicos preferidos (no hospitalarios). Se puede requerir remisión y autorización previa, excepto en el consultorio del PCP. Usted paga \$225 de copago por cada visita para las pruebas de diagnóstico ambulatorias complejas cubiertas por Medicare, como MRI, CT, PET, electromiografía o prueba de esfuerzo nuclear en un centro radiológico no preferido (hospitalario). Se puede requerir remisión y autorización previa.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Usted paga \$40 de copago por visita para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. Se puede requerir remisión y autorización previa. No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para las radiografías cubiertas por Medicare. Usted paga 20% del costo total por los aparatos ortopédicos y los insumos médicos relacionados cubiertos por Medicare. Se puede requerir autorización previa. Usted paga hasta el 20% del costo total por los medicamentos de Medicare Parte B. Puede estar sujeto a la terapia escalonada. Consulte la sección “Medicamentos de Medicare Parte B”. Se puede requerir autorización previa. Usted paga \$20 de copago por cada visita al consultorio para los servicios de oxigenoterapia hiperbárica cubiertos por Medicare. Se puede requerir remisión y autorización previa. Usted paga \$20 de copago por cada visita para el cuidado de heridas cubierto por Medicare.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los servicios de salud mental que presta un psiquiatra o un médico con autorización estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional autorizado (LPC por sus siglas en inglés), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT por sus siglas en inglés), enfermero de práctica avanzada (NP por sus siglas en inglés), asociado médico (PA por sus siglas en inglés) u otro proveedor de atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales vigentes.	Se puede requerir remisión y autorización previa. Usted paga \$20 de copago por cada visita para las sesiones individuales o grupales cubiertas por Medicare. No se requiere remisión ni autorización previa para las visitas de evaluación o asesoramiento. Se puede requerir remisión y autorización previa para algunos servicios.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se ofrecen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF por sus siglas en inglés).	Usted paga \$20 de copago por cada visita para terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare. Se puede requerir remisión y autorización previa. No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los servicios de atención médica domiciliaria cubiertos por Medicare a través de una agencia de atención médica domiciliaria. Se puede requerir remisión y autorización previa.
Servicios para pacientes ambulatorios con trastorno por consumo de sustancias Los servicios cubiertos incluyen sesiones individuales o grupales de asesoramiento sobre alcoholismo o farmacodependencia y servicios de telesalud que presta un psicólogo clínico con autorización estatal, psiquiatra o	Usted paga \$20 de copago por cada visita para las sesiones individuales o grupales cubiertas por Medicare. No se requiere remisión ni autorización previa para las

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
médico, psicólogo clínico, especialista en enfermería clínica, asociado médico (PA por sus siglas en inglés) u otro profesional de atención de la salud para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales vigentes. Servicios de administración de medicamentos y terapia a cargo de un psiquiatra o médico autorizado por el estado.	visitas de evaluación o asesoramiento. Se puede requerir remisión y autorización previa para algunos servicios.
Cirugías ambulatorias, incluidos los servicios prestados en centros de atención hospitalaria para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria Nota: Si se va a someter a una cirugía en un centro hospitalario, debe verificar con el proveedor si se le considerará un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para admitirle a usted como paciente internado en el hospital, se le considerará paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de los costos compartidos por la cirugía ambulatoria. Aunque permanezca en el hospital durante toda la noche, es posible que se le considere un paciente ambulatorio.	Usted paga \$175 de copago por cada visita para los servicios cubiertos por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria. Se puede requerir remisión y autorización previa. Usted paga \$225 de copago por cada visita para los servicios cubiertos por Medicare en un departamento de cirugía ambulatoria. Se puede requerir remisión y autorización previa. Si le admiten en un nivel de cuidados intensivos para pacientes internados después de una cirugía ambulatoria o en un consultorio externo, no deberá pagar el copago correspondiente a dicha cirugía, y se aplicará el costo compartido para el nivel de cuidados intensivos para pacientes internados.
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se brinda como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o a través de un centro comunitario de salud mental. Es más intensivo que la atención que se recibe en el consultorio de un médico,	Usted paga \$40 de copago por visita para los servicios del programa de hospitalización parcial o los servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT por sus siglas en inglés) o asesor profesional autorizado, y es una alternativa a la hospitalización completa. El <i>servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de salud conductual (mental) que se brinda en un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud acreditado a nivel federal o una clínica rural de salud. Es más intensivo que la atención que se recibe en el consultorio de un médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT por sus siglas en inglés) o asesor profesional autorizado, pero menos intensivo que la hospitalización parcial. Nota: Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial únicamente como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.	Se puede requerir remisión y autorización previa.
*Sistema personal de respuesta ante emergencias • Un dispositivo del sistema personal de respuesta ante emergencias • Servicio de supervisión las 24 horas del día, los 7 días de la semana Para comenzar, llame a NationsBenefits al 1-877-241-4736 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por un dispositivo del sistema personal de respuesta ante emergencias o el servicio de supervisión.
Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios que recibe en el consultorio de un médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista • Exámenes básicos de la audición y el equilibrio a cargo del PCP, si el médico los indica para determinar si usted necesita tratamiento médico	<u>Visitas al consultorio del PCP:</u> No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los servicios del médico de atención primaria cubiertos por Medicare, excepto para las pruebas de diagnóstico ambulatorias especializadas y los medicamentos de la Parte B, durante una visita al consultorio. No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Ciertos servicios de telesalud, que incluyen exámenes preventivos, consultas, diagnóstico y tratamiento por parte del PCP ◦ Puede obtener estos servicios durante una visita presencial o a través de la telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios a través de la telesalud, debe consultar a un proveedor de la red que ofrezca el servicio por ese medio. ◦ Llame al PCP para programar una cita de telesalud. El PCP puede prestar los servicios en línea o por teléfono. • Algunos servicios de telesalud, como la consulta, el diagnóstico y el tratamiento a cargo de un médico u otro profesional de la salud, están destinados a pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal, dirigidas a pacientes en diálisis domiciliaria, ya sea en un centro hospitalario de diálisis renal o en un centro hospitalario de acceso crítico, en una unidad de diálisis renal o en el domicilio del paciente • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de dónde se encuentre • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concomitante, independientemente de la ubicación • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar trastornos de salud mental si sucede lo siguiente: ◦ Tiene una visita presencial dentro de los 6 meses anteriores a sus primeras consultas de telesalud. ◦ Asiste a una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ◦ Se pueden hacer excepciones a lo mencionado anteriormente en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental en clínicas rurales de salud y centros de salud acreditados a nivel federal	servicios del médico de atención primaria cubiertos por Medicare durante una visita de telesalud. No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para consultar a un asociado médico, enfermero de práctica avanzada u otro proveedor en el consultorio de su PCP. No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los servicios de telesalud. <u>Servicios de especialistas:</u> <u>Visitas al consultorio</u> Usted paga \$20 de copago por cada visita para los servicios de un especialista cubiertos por Medicare, excepto para las pruebas de diagnóstico ambulatorias especializadas y los medicamentos de la Parte B, durante una visita al consultorio. No se requiere remisión ni autorización previa para las visitas de evaluación. <u>Se puede requerir remisión y autorización previa para algunos otros servicios.</u> Usted paga \$20 de copago por cada visita al consultorio o de telesalud para consultar a un asociado médico, enfermero de práctica avanzada u otro proveedor en el consultorio de un especialista.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) de 5 a 10 minutos de duración con el médico, en los siguientes casos: ◦ si no es un paciente nuevo y ◦ la consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ◦ la consulta no da lugar a una visita al consultorio dentro de 24 horas o en la primera cita médica disponible. • Se evaluará el video o las imágenes que le envíe al médico y se interpretarán y se les hará un seguimiento médico a las 24 horas en los siguientes casos: ◦ si no es un paciente nuevo y ◦ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ◦ la evaluación no da lugar a una visita al consultorio dentro de 24 horas o en la primera cita médica disponible. • Consultas que el médico hace a otros médicos por teléfono, por Internet o en los expedientes médicos electrónicos • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía	No se requiere remisión ni autorización previa para las visitas de evaluación. Se puede requerir remisión y autorización previa para algunos otros servicios. Las visitas en otras ubicaciones durante las estancias cubiertas por Medicare están incluidas en los costos compartidos de esos servicios. Se puede requerir remisión y autorización previa. Supervisión remota Usted paga \$20 de copago una vez cada 30 días para los servicios de supervisión remota cubiertos por Medicare según las pautas de cobertura. Se puede requerir autorización previa. Telesalud Usted paga \$20 de copago por cada visita para los servicios de un especialista cubiertos por Medicare durante una visita de telesalud cubierta por Medicare. Usted paga \$20 de copago por cada visita para consultar a un asociado médico, enfermero de práctica avanzada u otro proveedor en el consultorio de un especialista. <u>Visitas al consultorio para atención médica preventiva:</u>

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	El servicio de atención médica preventiva no tendrá copago. Sin embargo, si durante la misma visita se le brinda tratamiento o seguimiento por una afección médica preexistente, se aplicará el costo compartido. <u>Pruebas de diagnóstico ambulatorias especializadas:</u> Usted paga \$175 de copago aparte para las pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, incluidas, entre otras, resonancia magnética (MRI por sus siglas en inglés), tomografía computarizada (CT por sus siglas en inglés), electromiografía, prueba de esfuerzo nuclear y tomografía por emisión de positrones (PET por sus siglas en inglés). Se puede requerir remisión y autorización previa en el consultorio del especialista. <u>Medicamentos de la Parte B:</u> Usted paga hasta 20% del costo total por los medicamentos cubiertos de Medicare Parte B. Puede estar sujeto a la terapia escalonada. Consulte la sección “Medicamentos recetados de Medicare Parte B”. Se puede requerir autorización previa.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón en el talón) • Cuidados de los pies de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas en las extremidades inferiores	Usted paga \$20 de copago por cada visita al consultorio para los servicios de podología cubiertos por Medicare. No se requiere remisión ni autorización previa para las visitas de evaluación. Se puede requerir remisión y autorización previa para algunos otros servicios.
* Servicios de podología: cuidado de los pies de rutina adicional • Tratamiento del pie que generalmente se considera preventivo (es decir, corte o extracción de callos, verrugas, durezas o uñas) • Límite de 6 visitas por año	Usted paga \$20 de copago por cada visita al consultorio para los servicios de podología no cubiertos por Medicare. Se puede requerir remisión y autorización previa para algunos servicios. * Los copagos que abona por los servicios adicionales de cuidado de los pies de rutina no cuentan para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo. Todo monto que pague que sea superior al límite del plan no cuenta para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo.
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP por sus siglas en inglés) para la prevención del HIV Si no tiene HIV, pero el médico u otro profesional de la salud determina que corre un mayor riesgo de contraer HIV, cubrimos los medicamentos de la profilaxis previa a la exposición (PrEP por sus siglas en inglés) y los servicios relacionados. Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Medicamento PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por su inyección. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de infección por HIV, la reducción del riesgo de infección por HIV y el cumplimiento del tratamiento farmacológico) cada 12 meses. • Hasta 8 exámenes de detección de HIV cada 12 meses. Un examen de detección del virus de la hepatitis B por única vez.	
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres a partir de los 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes una vez cada 12 meses: • Examen de tacto rectal • Examen de antígeno prostático específico (PSA)	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el examen de PSA. Debe someterse al examen de detección de cáncer de próstata con su PCP. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.
Aparatos ortopédicos, ortesis e insumos relacionados Aparatos (no odontológicos) que reemplazan total o parcialmente una parte del cuerpo o una función corporal. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de aparatos ortopédicos y ortesis, así como bolsas de colostomía e insumos directamente relacionados con sus cuidados, marcapasos, dispositivos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluyen ciertos suministros relacionados con los aparatos ortopédicos y ortesis y con su reparación o reemplazo. También incluyen cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas. Consulte la sección <i>Atención para la vista</i> más adelante en este cuadro para obtener más información.	Usted paga el 20% del costo total por los aparatos ortopédicos y los insumos médicos relacionados cubiertos por Medicare. Se puede requerir autorización previa.
Servicios de rehabilitación pulmonar	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Los programas integrales de rehabilitación pulmonar se cubren para los miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD por sus siglas en inglés) de moderada a muy grave y que hayan recibido una remisión para rehabilitación pulmonar por parte del médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.	servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. Se puede requerir remisión y autorización previa.
 Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos un examen de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas las mujeres embarazadas) que presentan consumo problemático de alcohol, pero no tienen alcoholismo. Si se detecta abuso de alcohol en el examen, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento presencial por año (si se encuentra en condiciones de comprender y participar durante el asesoramiento), a cargo de un médico de atención primaria o un o profesional de la salud calificado, en un entorno de atención primaria.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio cubierto por Medicare de examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.
 Examen de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos un examen de detección de hepatitis C si el médico de atención primaria u otro proveedor médico calificado lo ordena y usted cumple con una de estas condiciones: • corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas; • recibió una transfusión de sangre antes de 1992; • nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera que presenta alto riesgo, pagaremos un examen de detección una vez. Si corre un riesgo alto (por ejemplo, ha continuado consumiendo drogas inyectables ilícitas después de haber recibido un resultado negativo en el examen de detección de hepatitis C anterior), cubriremos los exámenes de detección anuales.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el examen de detección del virus de la hepatitis C cubierto por Medicare. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT por sus siglas en inglés) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los miembros elegibles son personas de entre 50 y 77 años que no presenten signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tengan antecedentes de consumo de tabaco equivalentes a al menos 20 paquetes por año, que actualmente fumen o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años y a quienes un médico o un profesional de la salud calificado que no es médico les emita una orden para someterse a una LDCT durante la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la detección de cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para este tipo de visitas. <i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después del examen inicial con LDCT:</i> los miembros deben obtener una orden para el examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que un médico o un profesional de la salud calificado que no es médico puede emitir durante cualquier visita pertinente. Si un médico o un profesional de la salud calificado que no es médico opta por ofrecer una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la detección de cáncer de pulmón para futuros exámenes con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare pertinentes.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida ni para la LDCT cubiertas por Medicare. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.
 Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (STI por sus siglas en inglés) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (STI por sus siglas en inglés) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B para personas embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de contraer una STI, siempre que un proveedor de atención primaria sea quien solicita el examen. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los beneficios cubiertos por Medicare de examen de detección de STI y de asesoramiento para prevenirlas. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
También cubrimos hasta 2 sesiones de asesoramiento conductual intensivo presenciales e individuales por año, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos que llevan una vida sexual activa y corren alto riesgo de contraer STI. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio médico preventivo si están a cargo de un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como un consultorio médico.	
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención médica; en el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con la remisión de su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida • Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el capítulo 3, o cuando el proveedor de este servicio no esté disponible o no se pueda acceder a él temporalmente) • Tratamientos de diálisis como paciente internado (si se le admite como paciente internado en un hospital para recibir atención médica especial) • Capacitación para realizarse la diálisis en el hogar (incluye capacitación para usted y para cualquier persona que le asista con sus tratamientos de diálisis domiciliaria) • Equipos e insumos para diálisis domiciliaria • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (p. ej., cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar la diálisis domiciliaria, para asistir en casos de emergencia y revisar el equipo de diálisis y el suministro de agua) Medicare Parte B cubre ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener información sobre la cobertura de	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare, incluida la capacitación en diálisis realizada por el propio paciente. Usted paga 20% del costo total por cada tratamiento de diálisis renal cubierto por Medicare en un centro para pacientes ambulatorios. Se puede requerir remisión y autorización previa. El tratamiento de diálisis como paciente internado no tiene ningún cargo adicional. Consulte la sección <i>Atención hospitalaria para pacientes internados</i> en este Tabla de Beneficios Médicos para conocer el costo compartido. Se puede requerir remisión y autorización previa. No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los servicios para realizarse la diálisis en el hogar o de asistencia a domicilio cubiertos por Medicare.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos de Medicare Parte B en este cuadro.	Se puede requerir remisión y autorización previa. Usted paga el costo compartido de los servicios de la agencia de atención médica domiciliaria por el equipo de diálisis domiciliaria, si lo suministra una agencia de este tipo. De lo contrario, usted paga el costo compartido del equipo médico duradero. Se puede requerir remisión y autorización previa. Usted paga hasta 20% del costo total por los medicamentos cubiertos de Medicare Parte B. Puede estar sujeto a la terapia escalonada. Consulte la sección “Medicamentos de Medicare Parte B”. Se puede requerir autorización previa.
Atención en centros de enfermería especializada (SNF por sus siglas en inglés) (Para conocer la definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el capítulo 12; a estos centros a veces se les llama “SNF”). Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficios. No es necesaria una hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	En el caso de estancias en centros de enfermería especializada cubiertas por Medicare por período de beneficios: • No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los días 1 a 20. • Usted paga \$218 de copago por día para los días 21 a 100. Un período de beneficios comienza el día en que se le

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Medicamentos que se deben administrar como parte de nuestro plan de atención (se incluyen las sustancias que están naturalmente presentes en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre) • Sangre, incluido su almacenamiento y administración; la cobertura de sangre total y concentrados de glóbulos rojos comienza con la primera unidad de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente suministran los SNF • Análisis de laboratorio que normalmente suministran los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente suministran los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que normalmente suministran los SNF • Servicios de médicos/profesionales de la salud Por lo general, usted recibe atención de un SNF de la red. En determinadas circunstancias como las que se enumeran a continuación, es posible que tenga que pagar los costos compartidos dentro de la red por los servicios en un centro que no sea un proveedor de la red, siempre que el centro acepte los montos de pago de nuestro plan. • Una residencia de ancianos o una comunidad de retiro con cuidados continuos en la que vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que brinde servicios de atención en un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted abandona el hospital	admite para recibir atención como paciente internado o en un SNF y finaliza cuando no ha recibido ningún tipo de atención como paciente internado ni en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o en un SNF una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada. Se puede requerir remisión y autorización previa.
* Beneficio Smart Wallet Una Tarjeta de Beneficios Prepagada Benefits Mastercard®, a través de nuestra asociación con NationsBenefits. • El monto del beneficio de Smart Wallet se carga cada nuevo mes; los saldos no utilizados se transfieren al siguiente mes y vencen al final del año. • Los fondos no están disponibles hasta que se acrediten. • Los beneficios deben usarse durante el año calendario.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio Smart Wallet. Solo pagaremos hasta un total de \$60 por mes para una combinación de artículos Fuera del Recetario, alimentos y productos agrícolas, gastos de gasolina y dispositivos y servicios dentales, auditivos o

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Primero debe intentar usar su tarjeta de beneficios de Smart Wallet en el punto de venta para artículos aprobados en una ubicación aprobada • Los reembolsos son elegibles solo en el siguiente caso: ◦ Cuando se intentó primero utilizar la tarjeta del beneficio Smart Wallet en el punto de venta para adquirir artículos aprobados en un establecimiento minorista. ◦ La transacción falló debido a un problema técnico no relacionado con fondos insuficientes ◦ GlobalHealth/NationsBenefits debe poder verificar que se usó la tarjeta, o que se intentó usar, antes de usar cualquier método de pago de bolsillo. ◦ Envíe los recibos detallados para su consideración. ◦ No se proporcionarán reembolsos por montos que excedan su saldo disponible de Beneficios de Smart Wallet en el momento de la compra • Monto combinado del beneficio para dispositivos y servicios dentales, de audición y de la vista, así como artículos y productos de venta libre, alimentos y productos agrícolas, y gasolina. • <u>Servicios dentales, de audición y de la vista:</u> ◦ Independiente de otros beneficios para estos servicios o dispositivos mencionados en otras secciones de este Cuadro de beneficios médicos. ◦ Se puede usar para cualquier servicio o dispositivo, incluidos los artículos sin cobertura, como implantes dentales o anteojos de sol recetados, o para los copagos de las visitas o los coseguros de los servicios. ◦ Se puede usar en cualquier lugar designado para brindar estos servicios o dispositivos, como consultorios dentales, oftalmológicos o de la audición o tiendas de anteojos. • <u>Productos y artículos Fuera del Recetario:</u>	de la vista. Usted paga el monto que supere este beneficio. * Todo monto que pague que sea superior al beneficio del plan no cuenta para el cálculo de la cantidad máxima que paga de su bolsillo.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
◦ Adquiera productos de salud y bienestar fuera del recetario, incluidos tratamientos sustitutivos con nicotina, a través del catálogo o en determinadas tiendas minoristas. Visite el Portal para miembros en www.globalhealth.com para obtener una lista de ubicaciones. ◦ Los artículos incluyen medicamentos para aliviar alergias, analgésicos, elementos de primeros auxilios, brazalete para medir la presión arterial, vitaminas y minerales y muchos otros artículos; se aplican restricciones. • <u>Alimentos y productos agrícolas:</u> ◦ Adquiera productos nutritivos a través del catálogo o en determinadas tiendas minoristas. Visite el Portal para miembros en www.globalhealth.com para obtener una lista de ubicaciones. ◦ Se aplican restricciones. • <u>Ayuda con los gastos de combustible:</u> ◦ La gasolina debe pagarse directamente en el surtidor; no se puede pagar dentro de la tienda, a menos que se le indique hacerlo. ◦ No se permite la compra de artículos que no sean gasolina. • <u>Ayuda con los gastos de servicios públicos:</u> ◦ Use este beneficio para el pago de electricidad, gas natural, servicios sanitarios, agua, teléfono fijo y ciertos gastos relacionados con productos derivados del petróleo.	
El beneficio no se puede utilizar para retirar efectivo ni para comprar los siguientes servicios o productos: procedimientos cosméticos, seguro de indemnización hospitalaria, planificación y gastos funerarios, seguro de vida, alcohol, tabaco, productos de cannabis, amplios programas de membresía que incluyan múltiples servicios y descuentos no relacionados, y alimentos no saludables. Para obtener más información, visite nuestro sitio web en www.globalhealth.com. Llame a NationsBenefits si tiene preguntas sobre las ubicaciones o una transacción al 1-877-241-4736 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.	

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco se cubre para pacientes ambulatorios e internados que cumplen con estos criterios: • consumen tabaco, independientemente de si muestran signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco; • se encuentran en condiciones de comprender y participar durante el asesoramiento; • un médico calificado u otro profesional de la salud reconocido por Medicare brinda asesoramiento. Cubrimos 2 intentos de dejar el hábito por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones por año).	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.
*Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Si recibe un diagnóstico de una o más de las afecciones crónicas identificadas a continuación, será elegible para recibir los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI por sus siglas en inglés). • Diabetes mellitus • Insuficiencia cardíaca crónica • Trastornos cardiovasculares Los miembros son elegibles para un beneficio mensual que pueden usar para combinar alimentos y productos agrícolas, gasolina, ayuda con los gastos de servicios públicos o artículos y productos de venta libre. Su asignación se acredita en el beneficio Smart Wallet cada nuevo mes. Consulte la fila “Beneficios Smart Wallet” para obtener más información.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible. Solo pagaremos hasta un total de \$60 por mes para una combinación de sus beneficios de SSBCI para artículos de venta libre, alimentos y productos agrícolas, gastos de gasolina y sus beneficios no de SSBCI para dispositivos y servicios dentales, auditivos o de la vista. Usted paga el monto que supere este beneficio. * Todo monto que pague que sea superior al beneficio del plan no cuenta para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo.
Cinesiterapia supervisada (SET por sus siglas en inglés)	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
La SET se cubre para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD por sus siglas en inglés) sintomática y que han recibido una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento de la enfermedad. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe reunir los siguientes requisitos: • consistir en sesiones de 30 a 60 minutos que incluyan un programa terapéutico de ejercicios físicos para la PAD personas con claudicación; • llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico; • estar a cargo de personal auxiliar calificado, capacitados en cinesiterapia para la PAD y cuya participación sea necesaria para garantizar que los beneficios superen los riesgos; • estar bajo la supervisión directa de un médico, un asociado médico o un enfermero clínico o de práctica avanzada que deben estar capacitados en técnicas de soporte vital básico y avanzado. La SET puede cubrirse por más de 36 sesiones en un período de 12 semanas, con 36 sesiones adicionales en un plazo extendido si el proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	servicios de SET cubiertos por Medicare. Se puede requerir remisión y autorización previa.
* Transporte Se trata del transporte terrestre que no es de emergencia a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan con el fin de obtener atención médica y servicios en virtud de los beneficios del plan. • Los lugares aprobados por el plan se limitan a lo siguiente: ◦ Visitas al consultorio de un médico ◦ Citas de laboratorio ◦ Citas de diálisis, quimioterapia y radioterapia ◦ Visitas hospitalarias para pacientes ambulatorios ◦ Citas de servicios preventivos para pacientes ambulatorios ◦ Farmacia	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible. *Todo monto que pague por los traslados que sea superior al límite de traslados o ubicación no cuenta para el cálculo de la cantidad máxima que paga de su bolsillo.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Hay un límite de 36 traslados de un solo tramo por año; un traslado de ida y vuelta equivale a 2 traslados de un solo tramo. • Los traslados se limitan a 50 millas por cada tramo. • Se puede requerir la programación de traslados de rutina con 48 horas de anticipación. • Se permite un acompañante por traslado (que debe tener al menos 18 años). Para obtener más información sobre los lugares aprobados por el plan, llame a Servicio al Cliente. Para solicitar el servicio de transporte, llame a RoundTrip al 1-877-565-1612 (TTY: 711).	
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia se considera servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias en que se encuentra, recibir este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle los costos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son los que se prestan en caso de enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. No se considera que las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) sean de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. Los servicios de urgencia solo se cubren dentro de los Estados Unidos y sus territorios.	<u>Visitas de atención médica urgente:</u> Usted paga \$15 de copago por cada visita para los servicios de urgencia cubiertos por Medicare, excepto las pruebas de diagnóstico especializadas, durante la visita. <u>Pruebas de diagnóstico especializadas:</u> Usted paga \$175 de copago para las pruebas de diagnóstico ambulatorias, incluidas, entre otras, resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT) y tomografía por emisión de positrones (PET).
*Servicios de urgencia: cobertura a nivel mundial • Esto incluye atención médica de emergencia o de urgencia. • Los servicios de ambulancia no están cubiertos. • El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no está cubierto.	Usted paga \$90 de copago por cada visita para los servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
- No se cubren ni los tratamientos previamente programados y planificados (incluida la diálisis para una afección en curso si la brinda un proveedor no calificado) ni los procedimientos electivos. - Los servicios que presta un dentista no están cubiertos.	Tiene cobertura de hasta \$50,000 cada año para los servicios de emergencia o de urgencia (combinados) fuera de los Estados Unidos. * Cualquier monto que pague por los servicios de urgencia a nivel mundial no cuentan para el cálculo de la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Todo monto que pague que sea superior al límite del plan no cuenta para el cálculo de la cantidad máxima que paga de su bolsillo.
 Atención para la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: - Servicios ambulatorios de un médico para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre los exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto. - Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de glaucoma son personas con antecedentes familiares de glaucoma, con diabetes, afroamericanas de 50 años o más e hispanoamericanas de 65 años o más. - Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez por año.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos. No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección cubiertos por Medicare. Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos. No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Un par de anteojos o de lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas en la que se inserte una lente intraocular. Si deben hacerle 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía. Debe consultar a proveedores de EyeMed para obtener sus anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. Debe consultar a un proveedor de la red de GlobalHealth para todos los demás servicios.	de cataratas. Los anteojos pueden ser solo lentes, solo marcos o el par completo (marcos y lentes).
Atención para la vista: examen ocular complementario y anteojos - Se cubre un examen ocular de rutina complementario por año para la adaptación de anteojos o lentes de contacto. *Los anteojos pueden ser uno de los siguientes: - Par completo (marcos y lentes) - Solo lentes - Solo marcos - Adaptación de anteojos o lentes de contacto Nota: Las mejoras, como los lentes progresivos o el oscurecimiento de los cristales, no se cubren. Debe usar proveedores de EyeMed para estos servicios.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el examen ocular complementario. Solo pagaremos hasta un total de \$200 por anteojos complementarios por año. Si el valor de los anteojos que compra es más elevado que este monto permitido, usted pagará el monto que excede esta asignación. * Todo monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo de la cantidad máxima que paga de su bolsillo.
 Visita preventiva de Bienvenida a Medicare Nuestro plan cubre una consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> por única vez. La visita incluye una revisión de su estado de 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 médica, si es necesario. Importante: Cubrimos la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> únicamente en los primeros 12 meses en que tiene Medicare Parte B. Cuando programe la cita, informe al	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>. No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para un EKG cubierto por Medicare, por única vez, si se solicita como resultado de la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
personal del consultorio del médico que quiere programar una visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> .	Los servicios médicos no preventivos que se prestan durante la visita pueden requerir copagos.

Beneficios dentales complementarios obligatorios**Asignación máxima anual: \$2,000**

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

Cuando se enumeren varios códigos juntos con un límite, debe considerarse que todos los códigos están sujetos a dicho límite.

Un dentista especializado puede requerir una remisión de su dentista general.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Puentes, coronas, incrustaciones y recubrimientos - D2510, D2520, D2530, D2542, D2543, D2544, D2610, D2620, D2630, D2642, D2643, D2644, D2650, D2651, D2652, D2662, D2663, D2664, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2780, D2781, D2782, D2783, D2790, D2791, D2792 o D2794 se limitan a una vez - D2910, D2915 o D2920 se limitan a una vez por diente por fecha de servicio solo después de 6 meses desde la colocación inicial - D2931 se limita a una vez por diente por fecha de servicio - D2940 se limita a una vez por diente de por vida - D2950, D2951, D2952, D2953 o D2954 se limitan a una vez por diente por fecha de servicio - D2980 se limita a una vez por diente por fecha de servicio solo después de 6 meses desde la colocación inicial - D2999	20%
Limpiezas: estándar y periodontales - D1110 y D4346 se limitan a dos cada 12 meses - D4910 se limita a cuatro cada 12 meses (después del tratamiento en curso)	\$0
Consulta D9310 se limita a una vez por fecha de servicio	\$0

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Dentaduras postizas: dentaduras completas, ajustes y reparaciones • D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5282, D5863 o D5864 se limitan a una vez por fecha de servicio • D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5283, D5865, o D5866 se limitan a una vez por fecha de servicio • D5284 se limita a una vez por fecha de servicio • D5286 se limita a una vez por fecha de servicio • D5410, D5411, D5421, D5422 se limitan a dos ajustes por arcada por fecha de servicio solo después de 6 meses desde la colocación inicial • D5511, D5512, D5520 se limitan a una vez por arcada por fecha de servicio • D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5670, D5671 se limitan a una vez por arcada por fecha de servicio solo después de 6 meses desde la colocación inicial • D5710, D5730 o D5750 se limitan a una vez por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial • D5711, D5731 o D5751 se limitan a una vez por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial • D5720, D5740, D5760 se limitan a una vez por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial • D5725 se limita a una por arcada por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial • D5721, D5741 o D5761 se limitan a una vez por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial • D5765 se limita a una vez por arcada por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial • D5810, D5811, D5820, D5821 se limitan a una vez por fecha de servicio • D5850 o D5851 se limitan en conjunto con una nueva dentadura postiza o después de 60 meses desde la colocación de una nueva dentadura postiza • D5876, D5899, D5999	20%

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de endodoncia: tratamientos de conducto - D3110 o D3120 se limitan a una vez por diente de por vida - D3220 o D3221 se limitan a una vez por diente de por vida - D3310, D3320, D3330, D3331, D3346, D3347, D3348, D3410, D3421, D3425, D3426, D3430 se limitan a una vez por diente de por vida - D3999	20%
Exámenes: de rutina e integrales - D0120, D0160 o D0170 se limitan a dos cada 12 meses - D0150 o D0180 se limitan a dos cada 12 meses - D0140 se limita a dos cada 12 meses	\$0
Extracciones D7111, D7140, D7210, D7220, D7230, D7240, D7241, D7250 o D7251 se limitan a una por diente de por vida	\$0
Empastes D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394 o D2990 se limitan a un arreglo por diente, por superficie, una vez cada 24 meses	\$0
Tratamientos con flúor D1206 o D1208 se limitan a dos cada 12 meses	\$0
Servicios varios - D9910 se limita a dos por 12 meses - D9911 se limita a una vez por diente por fecha de servicio - D9930 se limita a una vez por año - D9932, D9935 - D9950 limitado a uno cada 60 meses - D9951 limitado a uno cada 12 meses - D9952 se limita a uno por fecha de servicio - D9999	20%
Óxido nítrico y sedación - D9211, D9215, D9222, D9230, D9239 o D9248 se limitan a uno por diente por fecha de servicio - D9223 o D9243 se limita a 3 por fecha de servicio	\$0

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Cirugía bucal • D7260, D7261 se limitan a dos veces por arcada de por vida • D7284, D7285, D7286 • D7310 o D7311 se limitan a una vez por cuadrante de por vida • D7320 o D7321 se limitan a una vez por cuadrante de por vida • D7340, D7350 se limitan a una vez por arcada de por vida • D7410, D7411, D7440, D7441, D7450, D7451, D7460, D7461 • D7471 se limita a dos por arcada de por vida • D7472 se limita a una vez de por vida • D7485, D7473 se limitan a dos de por vida • D7510, D7520, D7521 • D7511, D7630, D7953 • D7961 o D7963 se limitan a una vez por arcada de por vida • D7962 se limita a una vez por arcada de por vida • D7970 se limita a una vez por arcada de por vida • D7971 se limita a una vez por diente de por vida • D7999	20%
Otros servicios periodontales: eliminación del sarro y alisado radicular; desbridamiento de toda la boca • D4210, D4211, D4240, D4241, D4260 o D4261 se limitan a una vez por cuadrante por fecha de servicio • D4212 se limita a una vez por diente por fecha de servicio • D4249 se limita a uno por diente de por vida • D4341 o D4342 se limitan a una vez por cuadrante por fecha de servicio • D4355 se limita a uno cada 36 meses • D4999	20%
Otros servicios de restauración: recementado, preparación de coronas, carillas, reparaciones • D2915 y D2920 se limita a una vez por diente por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial • D2940 se limita a una vez por diente de por vida • D2950 se limita a una vez por diente por fecha de servicio	20%
Tratamiento paliativo (de emergencia) • D9110	\$0

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Dentaduras postizas: fijas • D6205, D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6243, D6245, D6250, D6251 o D6252 se limitan a una vez por diente por fecha de servicio • D6253 se limita a una vez por fecha de servicio • D6545, D6548, D6549, D6600, D6601, D6602, D6603, D6604, D6605, D6606, D6607, D6608, D6609, D6610, D6611, D6612, D6613, D6614, D6615, D6624, D6634, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6780, D6781, D6782, D6783, D6784, D6790, D6791, D6792, D6793 o D6794 se limitan a una vez por diente por fecha de servicio • D6920, D6930, D6940, D6980 se limitan a una vez por fecha de servicio • D6999	20%
Dentaduras postizas parciales: extracción, ajustes y reparaciones • D5211, D5212, D5213, D5214, D5221, D5222, D5223, D5224, D5225, D5226, D5227 y D5228 se limitan a una vez por fecha de servicio • D5421, D5422 se limitan a una vez por arcada por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial • D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650 y D5660 se limitan a una vez por arcada por fecha de servicio • D5720, D5721, D5725, D5740, D5741, D5760, D5761, D5765 y D6930 se limitan a una vez por fecha de servicio solo después de 6 meses tras la colocación inicial	20%
Consultas a profesionales • D9410, D9420 se limitan a una vez por fecha de servicio	20%
Teleodontología • D9995 o D9996 se limitan a una vez por fecha de servicio	\$0

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Radiografías y estudios de diagnóstico: aleta de mordida, panorámica, intraoral • D0210, D0277, D0330 o D0372 se limitan a uno cada 36 meses • D0220 se limita a uno por fecha de servicio • D0230 se limita a uno por fecha de servicio • D0240 se limita a dos cada 24 meses • D0270, D0272, D0273, D0274 o D0373 se limitan a uno cada 12 meses • D0374 se limita a uno cada 12 meses	\$0

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

En esta sección descubrirá qué servicios se excluyen en la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no tienen cobertura de este plan.

En el siguiente cuadro se enumeran los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que están cubiertos solo en casos específicos.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagar por ellos, excepto en los casos específicos que se indican a continuación. Incluso cuando reciba los servicios excluidos en un centro de atención médica de emergencia, dichos servicios no estarán cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción se aplica si se apela el servicio y, tras la apelación, se determina que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto por su situación particular. (Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación cuando hemos determinado que no nos corresponde cubrir un servicio médico, consulte la sección 5.3 del capítulo 9).

Servicios sin cobertura de Medicare	Cobertura limitada a ciertas condiciones
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias
Cirugías o procedimientos cosméticos	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar la función de una extremidad del cuerpo con una malformación. Se cubren para todas las etapas de reconstrucción de la mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios sin cobertura de Medicare	Cobertura limitada a ciertas condiciones
Cuidados básicos Los cuidados básicos hacen referencia al cuidado personal que no precisa la atención continua de personal paramédico o médico capacitado, como el cuidado que le ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	No esta cubierto bajo ninguna circunstancia.
Procedimientos quirúrgicos y médicos experimentales, equipos y medicamentos Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que, según Medicare Original, generalmente no cuentan con la aceptación de la comunidad médica.	Pueden tener cobertura de Medicare Original en el marco de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la sección 5 del capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica)
Honorarios impuestos por sus familiares directos o miembros de su hogar por la atención que brindan	No esta cubierto bajo ninguna circunstancia.
Atención de enfermería en el hogar a tiempo completo	No esta cubierto bajo ninguna circunstancia.
Servicios de naturopatía (tratamientos naturales o alternativos)	No esta cubierto bajo ninguna circunstancia.
Atención dental que no es de rutina	La atención dental necesaria para el tratamiento de una enfermedad o una lesión puede cubrirse como atención médica para pacientes internados o ambulatorios. Es posible que nuestro beneficio dental integral cubra algunos servicios de atención dental que no es de rutina.
Calzado ortopédico o dispositivos de apoyo para los pies	Calzado que forma parte de un dispositivo ortopédico para la pierna y que están incluidos en el costo de dicho dispositivo. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad de pie diabético.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios sin cobertura de Medicare	Cobertura limitada a ciertas condiciones
Artículos personales en la habitación del hospital o de un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	No esta cubierto bajo ninguna circunstancia.
Habitación privada en un hospital	Solo se cubre cuando sea médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros de medicamentos anticonceptivos sin receta médica	No esta cubierto bajo ninguna circunstancia.
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Exámenes rutinarios de la vista, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros aparatos para la visión disminuida	Un par de anteojos con monturas estándar (o un conjunto de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas en la que se implanta una lente intraocular. Es posible que nuestro beneficio de la vista complementario cubra algunos servicios de atención de la vista de rutina.
Servicios considerados no razonables ni necesarios según las normas de Medicare Original	No esta cubierto bajo ninguna circunstancia.

CAPÍTULO 5:

*Uso de la cobertura del plan para
los medicamentos de la Parte D*

SECCIÓN 1 Normas básicas de la cobertura de la Parte D de nuestro plan

Consulte el Tabla de Beneficios Médicos incluido en el capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de Medicare Parte B y los beneficios de medicamentos para cuidados paliativos.

Por lo general, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre que usted cumpla estas normas:

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) que le haga una receta válida conforme a la ley estatal vigente.
- El profesional que receta no debe figurar en las Listas de exclusión o excepción de Medicare.
- Por lo general, debe acudir a una farmacia de la red para surtir una receta médica (Consulte la sección 2), o bien puede surtir sus recetas médicas a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la sección 3).
- El medicamento debe usarse para una indicación aceptada por razones médicas, que es el uso de un medicamento aprobado por la FDA o avalado por determinadas referencias (Consulte la sección 3 para obtener más información sobre la indicación aceptada por razones médicas).
- Es posible que su medicamento necesite la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo (para obtener más información, consulte la sección 4 de este capítulo).

SECCIÓN 2 Llene sus recetas médicas en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, sus recetas médicas se cubren *solo* si se surten en las farmacias de la red de nuestro plan (Consulte la sección 2.4 para obtener información sobre los casos en que cubrimos los medicamentos recetados que se surten en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es aquella que tiene un contrato con nuestro plan para suministrarle sus medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos de la Parte D que están en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (<https://globalhealth.com/oklahoma/pharmacy-directories/>) o llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Algunas de nuestras farmacias de la red ofrecen costos compartidos preferidos, que pueden ser más bajos que los costos compartidos

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

en una farmacia que ofrece costos compartidos estándar. En el *Directorio de farmacias* podrá consultar cuáles son las farmacias de la red que ofrecen costos compartidos preferidos. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre el costo de lo que paga de su bolsillo que podrían variar según el medicamento.

Qué hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa abandona la red de nuestro plan, deberá encontrar una nueva farmacia en la red. Si la farmacia que usa permanece en nuestra red, pero ya no ofrece costos compartidos preferidos, puede cambiar a una farmacia de la red o preferida diferente, si hay disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir ayuda o use el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en <https://globalhealth.com/oklahoma/pharmacy-directories/>.

Farmacias especializadas

Algunas recetas deben surtirse 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 para residentes de centros de atención a largo plazo (LTC por sus siglas en inglés). Generalmente, los centros LTC (como una residencia de ancianos) tienen su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro LTC, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que prestan servicios al Servicio de Salud para Indígenas o al Tribal/Urban Indian Health Program (no disponible en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA para ciertos lugares o que requieren una manipulación especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de farmacias*, <https://globalhealth.com/oklahoma/pharmacy-directories/>, o llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos suministrados a través de este servicio son los que usted toma de forma habitual para el tratamiento de afecciones crónicas o a largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan aparecen con la marca “**NM**” en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite hacer el pedido de un **suministro de hasta 100 días**.

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

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus medicamentos recetados por correo, inicie sesión en su cuenta de <https://www.medimpact.com> o llame a Servicio al Cliente al número gratuito 1-866-494-3927 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Generalmente, los pedidos a una farmacia de pedido por correo se le enviarán en no más de 10 días. Si la farmacia de pedido por correo prevé un retraso en el pedido, se lo comunicará. Si necesita solicitar un pedido urgente debido a un retraso en el pedido por correo, puede comunicarse con Servicio al Cliente para analizar las opciones disponibles, que pueden incluir obtenerlo en una farmacia minorista local o acelerar el método de envío. Facilite al representante su número de identificación de miembro y los números de las recetas médicas. Si desea recibir sus medicamentos con entrega al día siguiente o en dos días, puede solicitarlo al representante de Servicio al Cliente por un cargo adicional.

Recetas médicas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio del médico.

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las nuevas recetas médicas que reciba de los proveedores de atención médica, sin comunicarse primero con usted, en los siguientes casos:

- si usted usó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- si se inscribe para la entrega automática de todos los nuevos medicamentos recetados recibidos directamente de proveedores de atención médica. Para solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas médicas en cualquier momento, puede iniciar sesión en su cuenta de <https://www.medimpact.com> o llamar a Servicio al Cliente al número gratuito 1-866-494-3927 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si recibe automáticamente por correo un medicamento recetado que usted no quiere, y por el que no se comunicaron con usted para consultarle si lo quería, puede reunir los requisitos para obtener un reembolso.

Si usó el servicio de pedido por correo anteriormente y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada receta médica nueva, contáctenos iniciando sesión en su cuenta de <https://www.medimpact.com> o llamando al número gratuito de Servicio al Cliente al 1-866-494-3927 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si nunca usó nuestro servicio de pedido por correo y decide detener los resurtidos automáticos de las recetas médicas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta médica de un proveedor de atención médica, para verificar si usted quiere que se envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para hacerles saber si deben enviar la nueva receta médica o demorar o cancelar el envío.

Para cancelar las entregas automáticas de nuevas recetas médicas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, llame a Servicio al Cliente al número gratuito 1-866-494-3927 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Resurtido de recetas médicas con pedido por correo. Para el resurtido de sus medicamentos, puede inscribirse en un programa de resurtido automático. Con este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando vemos en nuestros registros que sus medicamentos están por acabarse. La farmacia se pondrá en contacto con usted antes de enviar

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

cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamentos, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene medicamentos suficientes o si cambió de medicamento.

Si decide no usar nuestro programa de resurtido, pero de todos modos desea que la farmacia de pedido por correo le continúe enviando su medicamento recetado, comuníquese con la farmacia 15 días antes de que se acabe el medicamento recetado actual. De este modo, podrá asegurarse de que su pedido se envíe a tiempo.

Para cancelar la suscripción a nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedido por correo, comuníquese con nosotros iniciando sesión en su cuenta de <https://www.medimpact.com> o llamando a Servicio al Cliente al número gratuito 1-866-494-3927 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Cuando adquiere un suministro a largo plazo de medicamentos, su parte del costo compartido puede ser menor. El plan ofrece 2 maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan (los medicamentos de mantenimiento son los que usted toma de forma habitual, por una afección médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento (que ofrecen costos compartidos preferidos) a un costo compartido menor. Es posible que otras farmacias minoristas no acepten montos de costos compartidos más bajos. En este caso, usted deberá pagar la diferencia. En el *Directorio de farmacias*, <https://globalhealth.com/oklahoma/pharmacy-directories/>, encontrará cuáles son las farmacias de la red que le pueden entregar un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. O bien puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la sección 2.2 para obtener más información.

Sección 2.4 Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. También tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede obtener recetas como miembro de nuestro plan. **Para verificar esto, llame primero a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** y consulte si hay alguna farmacia de la red cerca.

Cubrimos recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red solo en estas circunstancias:

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

1. A fin de reunir los requisitos para el beneficio de reclamaciones de farmacias fuera de la red, debe haber pasado por una de las siguientes situaciones:
 - no poder acceder de manera oportuna a una farmacia de la red que esté abierta y a una distancia razonable en automóvil;
 - el medicamento no está disponible en una farmacia minorista de la red accesible ni en una farmacia de pedido por correo;
 - el medicamento se dispensa en una farmacia de una institución fuera de la red mientras se encuentra en una sala de emergencia, clínica de un proveedor, cirugía ambulatoria u otro centro de atención urgente para pacientes ambulatorios;
 - se le desplaza de su lugar de residencia debido a una catástrofe nacional u otra emergencia de salud pública y no puede obtener razonablemente un medicamento de la Parte D en una farmacia de la red; o
 - obtiene medicamentos para administrarse por sí mismo suministrados en un entorno ambulatorio.
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 la entrega de suministros adicionales.
3. Las recetas surtidas en farmacias ubicadas fuera de los Estados Unidos y sus territorios no se cubren.

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar la parte del costo que le corresponde habitualmente) en el momento en que surta la receta médica. Usted podrá solicitarnos el reembolso de la parte que nos corresponde del costo (Consulte la sección 2 del capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reintegro a nuestro plan). Es posible que tenga que pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

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

Sección 3.1 En la Lista de medicamentos, se le informa sobre los medicamentos de la Parte D que están cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de los medicamentos cubiertos* (Formulario). En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos la Lista de medicamentos**.

Nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de esta lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y tiene su aprobación. En la Lista de medicamentos solo figuran los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D.

Por lo general, cubrimos un medicamento incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan siempre y cuando usted siga las otras normas de cobertura que se explican en este capítulo y si usa el medicamento para una indicación aceptada por razones médicas. Una indicación

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

aceptada por razones médicas quiere decir que el uso del medicamento cumple *cualquiera de* estos requisitos:

- está aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para los que se ha recetado, o
- tiene el aval de ciertas referencias, como la información farmacológica de American Hospital Formulary Service y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

Ciertos medicamentos pueden tener cobertura para algunas afecciones médicas, pero se considera que están fuera del formulario para otras afecciones. Estos medicamentos se enumerarán en nuestra Lista de medicamentos y en www.Medicare.gov, junto con las afecciones médicas específicas que cubren.

En la Lista de medicamentos se incluyen los medicamentos de marca, los genéricos y los productos biológicos (que pueden incluir medicamentos biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, donde nos referimos a “medicamentos” podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas denominadas biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares son tan eficaces como los medicamentos de marca y los productos biológicos originales y, por lo general, cuestan menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos. Algunos biosimilares son intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de presentar una nueva receta médica, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Consulte el capítulo 12 para conocer las definiciones de tipos de medicamentos que pueden figurar en la Lista de medicamentos.

Medicamentos que no están incluidos en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información, consulte la sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el capítulo 9).

Sección 3.2 Cinco categorías de costos compartidos para los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentran en una de las 5 categorías de costos compartidos. En general, cuanto más alta es la categoría de costo compartido, mayor es el costo que le corresponde pagar a usted por el medicamento:

- Categoría 1 de costos compartidos: medicamentos genéricos preferidos. La categoría 1 es la más baja e incluye medicamentos genéricos y de marca preferidos.
- Categoría 2 de costos compartidos: medicamentos genéricos. La categoría 2 incluye medicamentos genéricos y de marca. Esta categoría también incluye las insulinas del formulario.
- Categoría 3 de costos compartidos: medicamentos de marca preferidos. La categoría 3 incluye medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos. Esta categoría también incluye las insulinas del formulario.
- Categoría 4 de costos compartidos: medicamentos no preferidos. La categoría 4 incluye medicamentos de marca y genéricos no preferidos.
- Categoría 5 de costos compartidos: medicamentos especializados. La categoría 5 es la categoría más alta. Incluye medicamentos genéricos y de marca de costo muy elevado, 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 de nuestro plan. El monto que usted paga por los medicamentos en cada categoría de costo compartido se muestra en el capítulo 6.

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

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

1. Verifique la Lista de medicamentos más reciente que facilitamos por medios electrónicos.
2. Visite el sitio web de nuestro plan (<https://globalhealth.com/oklahoma/pharmacy-directories/>). La Lista de medicamentos que se publica en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para solicitar una copia de la lista.

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

4. Use la herramienta de consulta de beneficios en tiempo real “Real-Time Benefit Tool” de nuestro plan (<https://globalhealth.com/oklahoma/pharmacy/real-time-benefit-tool>) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos a fin de obtener una estimación de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos que podrían usarse para tratar la misma afección. También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Algunos medicamentos recetados tienen normas especiales que limitan cómo y cuándo los cubre nuestro plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para animar a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para saber si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted usa o desea usar, consulte la Lista de medicamentos.

Si existe un medicamento seguro de menor costo que sea igual de eficaz que otro de mayor costo, las normas de nuestro plan están diseñadas para fomentar que usted y su proveedor opten por la opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar según la concentración, cantidad o formulación en que el proveedor de atención médica lo haya recetado, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno por día o 2 por día; tableta o líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si su medicamento tiene una restricción, generalmente significa que usted o su proveedor deben tomar otras medidas para que nosotros lo cubramos. Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea que se anule esta restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Podemos aceptar o rechazar la anulación de la restricción (consulte el capítulo 9).

Obtención de la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos antes de que aceptemos cubrirlos. A esto se lo conoce como **autorización previa**. Se usa para garantizar la seguridad de los medicamentos y fomentar el uso adecuado de algunos de ellos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento. Para conocer los criterios de autorización previa de nuestro plan, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben

llamar al 711) o ingrese en nuestro sitio web, <https://globalhealth.com/oklahoma/pharmacy/drug-formularies>.

Prueba de otro medicamento en primer lugar

El objetivo es fomentar el uso de medicamentos menos costosos, pero generalmente con la misma eficacia antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, nuestro plan puede exigirle que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da resultados, nuestro plan cubrirá el medicamento B. El requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**. Para conocer los criterios de terapia escalonada de nuestro plan, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o ingrese en nuestro sitio web, <https://globalhealth.com/oklahoma/pharmacy/drug-formularies>.

Límites de cantidades

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

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que a usted le gustaría

Hay casos en los que un medicamento recetado que toma, o que usted y su proveedor creen que debería tomar, no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no tenga cobertura en absoluto o que una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que usted desea tomar no.
- El medicamento tiene cobertura, pero existen otras normas o restricciones para la cobertura.
- El medicamento tiene cobertura, pero en una categoría de costo compartido que resulta más elevado de lo esperado.

Si su medicamento está en una categoría de costo compartido que resulta más elevado de lo que esperaba, consulte la sección 5.1 para saber qué puede hacer.

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

- Puede obtener un suministro provisional del medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedir que nuestro plan cubra el medicamento o que elimine las restricciones a las que está sujeto.

Puede obtener un suministro provisional

En algunos casos, nuestro plan debe entregarle un suministro provisional de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro provisional le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para ser elegible para el suministro provisional, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan O debe tener alguna restricción vigente.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros 90 días desde su inscripción en nuestro plan.
- **Si ya estaba inscrito en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro provisional del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro provisional se otorgará por un máximo de 30 días. Si la receta médica es para menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionar un suministro máximo de 30 días de medicamentos. La receta médica debe surtirse en una farmacia de la red (tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede suministrar el medicamento en cantidades cada vez más pequeñas para evitar que se desperdicie).
- **Para los miembros que han estado inscritos en nuestro plan por más de 90 días, viven en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento en particular, o por un plazo menor si la receta médica indica menos días. Esto se suma al suministro provisional que se mencionó anteriormente.
- **Para los miembros actuales con un cambio en su nivel de atención:**
 - Si ocurre algún cambio en su entorno de atención (p. ej., le dan de alta o le ingresan en un centro de atención a largo plazo), el médico o la farmacia puede solicitar un suministro provisional del medicamento. Este suministro provisional (de hasta 31 días) le dará tiempo para hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura.

Si tiene preguntas sobre un suministro provisional, llame a Servicio al Cliente al 1-866-494-3927 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Mientras use un suministro provisional de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué debe hacer cuando se le termine. Usted tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar de medicamento

Hable con su proveedor para saber si puede haber otro medicamento que cubra nuestro plan y sea igual de eficaz. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-494-3927 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se usen para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar al proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda darle a usted resultados.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Junto a su proveedor pueden solicitarle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría. Si el proveedor considera que usted tiene motivos médicos que justifican una excepción, puede ayudarle a solicitarla. Por ejemplo, puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento, aunque no se encuentre en la Lista de

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

medicamentos del plan, o puede pedirle que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y un medicamento que toma se eliminará del formulario o se le aplicará alguna restricción el año siguiente, le informaremos sobre cualquier cambio antes del próximo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la sección 6.4 del capítulo 9 para obtener más información sobre qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que Medicare prevé para garantizar que su solicitud se procese de manera oportuna e imparcial.

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento está en una categoría de costo compartido que usted considera demasiado alta

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

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento está en una categoría de costo compartido que considera demasiado alta, hable con su proveedor. Puede existir un medicamento diferente en una categoría de costo compartido más baja que podría ser igual de eficaz para usted. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-494-3927 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se usen para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar al proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda darle a usted resultados.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle a nuestro plan que haga una excepción en la categoría de costo compartido correspondiente al medicamento para que pague menos por él. Si el proveedor considera que usted tiene motivos médicos que justifican una excepción, puede ayudarle a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, consulte la sección 6.4 del capítulo 9 para saber qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que Medicare prevé para garantizar que su solicitud se procese de manera oportuna e imparcial.

Los medicamentos especializados de categoría 5 no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto de los costos compartidos de los medicamentos en esta categoría.

SECCIÓN 6 Nuestra 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, nuestro plan puede hacer modificaciones en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, puede hacer lo siguiente:

- **agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos;**
- **mover un medicamento a una categoría más alta o más baja de costos compartidos;**
- **agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento;**
- **reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica de ese medicamento;**
- **reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información al respecto en nuestro sitio web. También actualizamos periódicamente nuestra Lista de medicamentos en línea. En ocasiones, recibirá un aviso directo si se hacen cambios en un medicamento que toma.

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

- **Incorporación de nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminación inmediata o modificación de un medicamento similar que figura en la lista.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la lista, moverlo a una categoría de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o hacer ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en la misma categoría de costo compartido o en una inferior y con las mismas restricciones o menos.
 - Solo haremos estos cambios de inmediato si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si incorporamos algunas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos hacer estos cambios de forma inmediata y comunicárselo luego, incluso si toma el medicamento que eliminamos o modificamos. Si está tomando el medicamento similar al momento en que hagamos el cambio, le informaremos sobre la modificación específica que hayamos hecho.
- **Incorporación de medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminación o modificación de un medicamento similar que figura en la lista.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la lista, pasarlo a una categoría de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o hacer ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en la misma categoría de costo compartido o en una inferior y con las mismas restricciones o menos.
 - Solo haremos estos cambios si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si incorporamos algunas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer algún cambio o le comunicaremos el cambio y cubriremos un suministro de 30 días de la versión del medicamento que recibe.

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

- **Eliminación de medicamentos riesgosos y otros medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**

- A veces, se puede considerar que un medicamento es riesgoso o se puede retirar del mercado por otra razón. Si esto sucede, es posible que lo eliminemos de inmediato de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, se lo haremos saber después de hacer el cambio.

- **Otros cambios de medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos.**

- Una vez que haya comenzado el año, es posible que hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias de la FDA que aparecen en el prospecto del envase de los medicamentos o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
- Le informaremos al menos 30 días antes de hacer algún cambio o le comunicaremos los cambios y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que recibe.

Si hacemos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, hable con el profesional que le receta sobre las opciones que serían más apropiadas para usted, como cambiar a un medicamento diferente para tratar la afección médica o solicitar una decisión de cobertura para respetar las nuevas restricciones sobre el medicamento que haya estado tomando. Usted o el profesional que le receta pueden solicitarnos una excepción para que sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el capítulo 9.

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

Podemos hacer ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no le afectará si ya está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, es probable que sí le afecte a partir del 1 de enero del próximo año del plan si continúa en el mismo plan.

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

- Si cambiamos el medicamento a una categoría de costo compartido más alta.
- Si aplicamos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios afecta un medicamento que usted toma (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni el monto de su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan en curso. Deberá consultar la Lista de medicamentos del próximo año del plan (cuando esté disponible

durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que toma que le afectarán durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo (salvo algunos medicamentos excluidos que están contemplados en nuestra cobertura de medicamentos mejorada). Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido según la Parte D, lo pagaremos o cubriremos (para obtener más información sobre cómo apelar una decisión, consulte el capítulo 9).

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que Medicare Parte A o Medicare Parte B cubriría.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el *uso de un medicamento para una indicación no autorizada* que no tiene el aval de ciertas referencias, como la información farmacológica de American Hospital Formulary Service y el sistema de información Micromedex DRUGDEX. El *uso para una indicación no autorizada* se refiere a todo uso de un medicamento que no sea el que se indica en la etiqueta aprobada por la FDA.

Además, por ley, los planes de medicamentos de Medicare no cubren las siguientes categorías de medicamentos: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se enumeran a continuación a través de nuestra cobertura de medicamentos mejorada. A continuación, encontrará más información).

- Medicamentos no recetados (también llamados medicamentos fuera del recetario)
- Medicamentos que se usan para promover la fertilidad
- Medicamentos que se usan para aliviar síntomas de la tos o del resfrío
- Medicamentos que se usan para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales con receta médica, excepto las vitaminas prenatales y preparaciones con flúor
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuyo fabricante exige que las pruebas o servicios de monitoreo asociados se adquieran exclusivamente al propio fabricante como condición de venta

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

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados (cobertura de medicamentos mejorada) que los planes de medicamentos recetados de Medicare no suelen cubrir. Cubrimos sildenafil, ergocalciferol, ácido fólico, benzonatato (medicamento para la tos) y vitamina B12. Consulte la Lista de medicamentos para conocer los límites de cobertura. El monto que usted paga por estos medicamentos no se tiene en cuenta en la determinación de la elegibilidad para la Etapa de cobertura catastrófica (La Etapa de cobertura catastrófica se describe en la sección 6 del capítulo 6).

Si **recibe Ayuda Adicional ("Extra Help") de Medicare** para pagar sus medicamentos recetados, este beneficio no pagará los medicamentos que no suelen estar cubiertos. Para obtener más información, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, es posible que su programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted (encontrará los números telefónicos y la información de contacto de Medicaid en la sección 6 del capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta médica

Para obtener una receta, facilite la información de membresía de nuestro plan (que puede encontrar en su tarjeta de identificación de miembro) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará automáticamente a nuestro plan *nuestra* parte del costo del medicamento. Usted debe pagarle a la farmacia parte del costo *que le corresponde* cuando retire el medicamento recetado.

Si no tiene la información de membresía del plan a mano, usted o la farmacia puede llamar a nuestro plan para obtenerla, o bien puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción en nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire**. Podrá **solicitar** el reembolso de nuestra parte del costo (Consulte la sección 2 del capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso a nuestro plan).

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

Sección 9.1 En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estancia que cubre nuestro plan

Si se le ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una hospitalización que nuestro plan cubre, generalmente cubrimos el costo de los medicamentos recetados durante la hospitalización. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada,

nuestro plan cubrirá los medicamentos recetados, siempre y cuando cumplan con todas nuestras normas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente de un centro de atención a largo plazo (LTC)

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC por sus siglas en inglés) (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si vive en un centro LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que este use, siempre y cuando forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias*, <https://globalhealth.com/oklahoma/pharmacy-directories/>, para averiguar si la farmacia de su centro LTC o la que este usa forma parte de nuestra red. Si la farmacia no pertenece a nuestra red, o si usted necesita más información o ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-866-494-3927 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si se encuentra en un centro LTC, debemos asegurarnos de que pueda obtener rutinariamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias LTC.

Si usted vive en un centro LTC y necesita un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, consulte la sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro provisional o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura de medicamentos de un empleador o de un plan grupal de jubilación

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de un plan de jubilación o de su empleador (o del de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Esta persona puede ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual junto con nuestro plan.

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, el plan grupal de jubilación o de su empleador debe enviarle un aviso en el que le informe si su cobertura de medicamentos para el siguiente año calendario es acreditable.

Si la cobertura del plan grupal es acreditable, significa que nuestro plan ofrece una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.

Guarde todos los avisos sobre la cobertura acreditable porque podría necesitarlos más adelante para demostrar que mantuvo dicha cobertura. Si no recibió un aviso de cobertura

acreditable, pídale una copia al administrador de beneficios del plan de jubilación o de su empleador, o bien a su empleador o al sindicato.

Sección 9.4 Si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare

El programa de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en el programa de cuidados paliativos de Medicare y necesita determinados medicamentos (por ejemplo, contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que su centro de cuidados paliativos no cubre porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni con afecciones relacionadas, el profesional que receta o su proveedor de cuidados paliativos debe enviarnos una notificación en la que se indique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la obtención de estos medicamentos que nuestro plan debería cubrir, solicítele a su proveedor de cuidados paliativos o al médico que receta que envíe la notificación antes de que le surtan la receta médica.

Si revoca su elección de cuidados paliativos o le dan de alta de dichos cuidados, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos según se indica en este documento. Para evitar retrasos en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, deberá llevar a la farmacia documentación que respalde su revocación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la gestión de los medicamentos

Hacemos revisiones del uso de medicamentos para asegurarnos de que nuestros miembros reciban una atención médica segura y apropiada.

Estas revisiones se hacen cada vez que usted surte una receta médica. También revisamos nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como los siguientes:

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que quizás no sean necesarios porque toma otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden ser riesgosos o inapropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarle si se administran al mismo tiempo
- Recetas médicas de medicamentos que tienen ingredientes a los que les tiene alergia
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma
- Cantidades riesgosas de analgésicos opioides

Si advertimos un posible problema en el uso de sus medicamentos recetados, nos comunicaremos con su proveedor para corregir el problema.

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

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura opioides recetados y otros medicamentos de uso frecuente. Este programa se llama Programa de Gestión de Medicamentos (DMP por sus siglas en inglés). Si toma medicamentos opioides que obtiene de distintos profesionales que recetan o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con los profesionales que recetan para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con los profesionales que recetan, si decidimos que el uso de medicamentos opioides recetados o benzodiacepina es riesgoso, podríamos limitar el modo en que puede obtener esos medicamentos. Si le incluimos en nuestro DMP, podría estar sujeto a las siguientes limitaciones:

- Podemos exigirle que obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiacepina de determinadas farmacias.
- Podemos exigirle que obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiacepina de determinados profesionales que recetan.
- Podemos limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que le cubriremos.

Si planificamos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. En la carta se le informará si le limitamos la cobertura de estos medicamentos o si deberá obtener las recetas médicas para estos medicamentos exclusivamente de un profesional que receta o de una farmacia en particular. Tendrá la oportunidad de decirnos qué profesionales que recetan o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que crea que es importante que sepamos. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que confirmaremos la limitación. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el profesional que receta tienen derecho a presentar una apelación. Si usted apela, revisaremos su caso y le comunicaremos la nueva decisión. Si seguimos rechazando alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente ajeno a nuestro plan. Consulte el capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se le incluirá en nuestro DMP si tiene determinadas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o anemia falciforme, si recibe cuidados paliativos o terminales o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Se llama Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM por sus siglas en inglés). La participación en este programa es voluntaria y no tiene costo. Un equipo de

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

farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para ayudarnos a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y cuyos medicamentos superan un monto específico en costos, o que participan en un DMP para ayudarles con la administración segura de opioides, pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud puede darle un resumen completo de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede consultar sobre sus medicamentos, los costos y cualquier problema o pregunta acerca de sus medicamentos recetados y fuera del recetario. Recibirá un resumen escrito que incluirá una lista de recomendaciones con los pasos que debería seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos con todos los que esté tomando, la cantidad que toma, y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM obtendrán información sobre la eliminación segura de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Se recomienda hablar con el médico sobre la lista de recomendaciones y de medicamentos. Lleve el resumen a las visitas o cada vez que hable con los médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Mantenga la lista de medicamentos actualizada (por ejemplo, con su identificación) por si tiene que ir al hospital o a la sala de emergencia.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos en él automáticamente y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y le daremos de baja del programa. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicio al Cliente al 1-866-494-3927 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

*Lo que usted paga por los
medicamentos de la Parte D*

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

Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información incluida en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso**. Le enviamos un folleto por separado, titulado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional ("Extra Help") para pagar medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), en el que se describe la cobertura de medicamentos que le corresponde. Si no recibe este folleto, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional LIS*.

En este capítulo, “medicamento” hace referencia a un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos están incluidos en la Parte D. Medicare Parte A o Medicare Parte B cubre algunos de ellos y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley. Es posible que nuestro plan cubra algunos medicamentos excluidos.

Para comprender la información relativa a los pagos, debe saber cuáles son los medicamentos que están cubiertos, dónde surtir sus recetas médicas y qué normas debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En el capítulo 5 se explican estas normas. Cuando usa la herramienta “Real-Time Benefit Tool” de nuestro plan para buscar la cobertura de medicamentos (<https://globalhealth.com/oklahoma/pharmacy/real-time-benefit-tool>), el costo que ve es una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener la información desde la herramienta “Real-Time Benefit Tool”; para ello, llame a Servicio al Cliente al 1-866-494-3927 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de los gastos de su bolsillo que puede pagar por sus medicamentos cubiertos

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

- El **deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar la parte que le corresponde.
- El **copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que surte una receta médica.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta médica.

Sección 1.2 Cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo

Medicare tiene normas sobre qué se considera y qué no se considera parte de sus costos de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para hacer un seguimiento de sus costos de su bolsillo.

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

Estos pagos están incluidos en los costos de su bolsillo

Los costos de su bolsillo **incluyen** los pagos que se detallan a continuación (siempre que correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya seguido las normas de la cobertura de medicamentos que se explican en el capítulo 5):

- El monto que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en la siguiente etapa de pagos de medicamentos:
 - Etapa de cobertura inicial
- Todo pago que haya realizado durante el año calendario en curso como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.
- Todo pago que familiares o amigos hayan realizado por sus medicamentos realizado.
- Todo pago realizado por sus medicamentos a través de Ayuda Adicional ("Extra Help") de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud para Indígenas o al Tribal, Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP por sus siglas en inglés), Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP por sus siglas en inglés) y la mayoría de las organizaciones benéficas

Paso a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quien paga en su nombre) haya acumulado un total de \$2,100 en costos de su bolsillo dentro del año calendario, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus los gastos de su bolsillo

Los costos de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que nuestro plan no cubre
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos recetados y vacunas con cobertura de la Parte A o la Parte B
- Pagos que realice por medicamentos cubiertos en virtud de nuestra cobertura adicional, pero que normalmente no tienen cobertura en un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos realizados por sus medicamentos a través de determinados planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA por sus siglas en inglés)
- Pagos que terceros con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, por una indemnización por accidentes de trabajo) realizan por sus medicamentos
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Manufacturer Discount Program

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

Recordatorio: Si alguna otra organización como las mencionadas anteriormente paga una parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por los medicamentos, debe llamar a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) e informárselo a nuestro plan.

Seguimiento del total de los gastos de su bolsillo

- En la *Explicación de Beneficios (EOB por sus siglas en inglés)* de la Parte D que recibe se incluye el total actual de los gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance \$2,100, la *EOB de la Parte D* le indicará que dejó la etapa de cobertura inicial y pasó a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte la sección 3.1 para conocer lo que puede hacer para ayudarnos a garantizar que nuestros registros de sus gastos estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pagos de medicamentos para los miembros de Generations Chronic Care (HMO C-SNP)

Hay **3 etapas de pagos de medicamentos** en su cobertura de medicamentos conforme a Generations Chronic Care (HMO C-SNP). El monto que pague por cada medicamento recetado dependerá de la etapa en la que se encuentre cuando surta una receta médica o vuelva a surtirla. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

- **Etapas 1: Etapa de deducible anual**
- **Etapas 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapas 3: Etapa de cobertura catastrófica**

SECCIÓN 3 En la *Explicación de beneficios (EOB)* de la Parte D se explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que realiza cuando surte recetas médicas en la farmacia. De este modo, podemos avisarle cuándo pasa de una etapa de pagos de medicamentos a la siguiente. Hacemos un seguimiento de 2 tipos de costos:

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

- **Los gastos de su bolsillo:** este es el monto que usted pagó. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, todo pago que familiares o amigos hayan realizado por sus medicamentos y todo pago realizado por sus medicamentos a través de Ayuda Adicional ("Extra Help") de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Indian Health Service, los Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP por sus siglas en inglés).
- **Costos totales de medicamentos:** este es el total de todos los pagos que hizo por sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información de ese mes.** En este informe se incluyen los datos de los pagos por los medicamentos recetados que ha surtido durante el mes anterior, así como los costos totales de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que pagó usted y lo que otras personas pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Se muestran los costos totales de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde el comienzo del año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Aquí se muestra el precio total del medicamento y la información sobre los cambios en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de receta médica de la misma cantidad.
- **Alternativas de medicamentos recetados disponibles de menor costo.** Aquí se muestra información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamación de receta médica, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada información que tenemos sobre sus pagos por los medicamentos

Para llevar el control de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza por ellos, usamos registros que obtenemos de las farmacias. Aquí le explicamos cómo puede ayudarnos a mantener sus datos correctos y actualizados:

- **Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que le surtan una receta médica.** Esto nos ayuda a asegurarnos de estar al tanto de los medicamentos recetados que surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un control de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo, debe darnos copias de los recibos. **Ejemplos de cuándo debe darnos copias de los recibos de sus medicamentos:**
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.

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

- Cuando emite un copago por medicamentos que fueron provistos por un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
- Siempre que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en casos especiales.
- Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que paguemos la parte del costo que nos corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la sección 7 del capítulo 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas realicen por usted.** Los pagos hechos por otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos que realiza un Programa Estatal de Asistencia Farmaceutica, un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP por sus siglas en inglés), el Servicio de Salud para Indígenas y las organizaciones benéficas cuentan para el cálculo de los gastos de su bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que le falta algo o tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al 1-866-494-3927 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Guarde estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Generations Chronic Care (HMO C-SNP)

Generations Chronic Care (HMO C-SNP) no tiene deducible. Usted comienza en la etapa de cobertura inicial cuando surte la primera receta médica del año. Consulte la sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento recetado varía según el medicamento y dónde lo surte

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

Nuestro plan tiene 5 categorías de costo compartido

Todos los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos del plan se encuentran en una de las 5 categorías de costos compartidos. En general, cuanto más alta es la categoría de costo compartido, mayor es el costo que le corresponde pagar a usted por el medicamento:

- Categoría 1 de costos compartidos: medicamentos genéricos preferidos. La categoría 1 es la más baja e incluye medicamentos genéricos y de marca preferidos.

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

- Categoría 2 de costos compartidos: medicamentos genéricos. La categoría 2 incluye medicamentos genéricos y de marca. Esta categoría también incluye las insulinas del formulario.
- Categoría 3 de costos compartidos: medicamentos de marca preferidos. La categoría 3 incluye medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos. Esta categoría también incluye las insulinas del formulario. Usted no paga más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.
- Categoría 4 de costos compartidos: medicamentos no preferidos. La categoría 4 incluye medicamentos de marca y genéricos no preferidos.
- Categoría 5 de costos compartidos: medicamentos especializados. La categoría 5 es la categoría más alta. Incluye medicamentos genéricos y de marca de costo muy elevado, 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 de nuestro plan.

Sus opciones de farmacia

Lo que usted 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. Los costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos preferidos.
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Consulte la sección 5 del capítulo 2.4 para averiguar en qué casos cubriremos un medicamento recetado que surtió en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus recetas médicas, consulte el capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* de nuestro plan en <https://globalhealth.com/oklahoma/pharmacy-directories/>.

Sección 5.2 Sus costos por un suministro de un mes de un medicamento cubierto

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

El monto del copago o del coseguro depende de la categoría de costo compartido.

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

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D**Sus costos por un suministro de *un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D**

Categoría	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)	Costo compartido de pedido por correo		Costo compartido fuera de la red
	(un suministro de hasta 30 días)	(un suministro de hasta 30 días)	(un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	(La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro de hasta 30 días)
Categoría 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	\$6	\$0	Estándar: \$6 Preferido: \$0	\$6	\$6
Categoría 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	\$11	\$5	Estándar: \$11 Preferido: \$5	\$11	\$11
Categoría 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	\$47	\$41	Estándar: \$47 Preferido: \$41	\$47	\$47
Categoría 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	50% de coseguro	40% de coseguro	Estándar: 50% de coseguro Preferido: 40% de coseguro	50% de coseguro	50% de coseguro

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

Categoría	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)	Costo compartido de pedido por correo	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)	Costo compartido fuera de la red
	(un suministro de hasta 30 días)	(un suministro de hasta 30 días)	(un suministro de hasta 30 días)	(un suministro de hasta 31 días)	(La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro de hasta 30 días)
Categoría 5 de costo compartido (medicamentos especializados)	33% de coseguro	33% de coseguro	El pedido por correo no está disponible para medicamentos de la Categoría 5 (medicamentos especializados)	33% de coseguro	33% de coseguro

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente de la categoría del costo compartido.

Consulte la sección 7 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento cubre el suministro de un mes completo. Es posible que, en ocasiones, usted o el médico deseen un suministro para menos de un mes (por ejemplo, cuando recibe un medicamento por primera vez). También puede pedirle al médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, un suministro menor a un mes completo, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

Si obtiene un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo, no tendrá que pagar el suministro del mes completo.

- Si usted es responsable del coseguro, debe pagar un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, el costo a su cargo será menor, ya que el costo total del medicamento será más bajo.

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

- Si usted es responsable de emitir un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que recibe en lugar de un mes entero. Calculamos la cantidad que usted paga por día por el medicamento (la tasa diaria de costos compartidos) y la multiplicamos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

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

En el caso de algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días.

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

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

Categoría	Costo compartido en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 100 días)	Costo compartido en farmacias minoristas preferidas (dentro de la red) (un suministro de hasta 100 días)	Costo compartido en farmacias de pedido por correo (un suministro de hasta 100 días)
Categoría 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	\$18	\$0	Estándar: \$18 Preferido: \$0
Categoría 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	\$33	\$0	Estándar: \$33 Preferido: \$0
Categoría 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	\$141	\$82	Estándar: \$141 Preferido: \$82
Categoría 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	50% de coseguro	40% de coseguro	Estándar: 50% de coseguro Preferido: 40% de coseguro

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

Categoría	Costo compartido en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 100 días)	Costo compartido en farmacias minoristas preferidas (dentro de la red) (un suministro de hasta 100 días)	Costo compartido en farmacias de pedido por correo (un suministro de hasta 100 días)
Categoría 5 de costo compartido (medicamentos especializados)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de la Categoría 5 (medicamentos especializados)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de la Categoría 5 (medicamentos especializados)	El pedido por correo no está disponible para medicamentos de la Categoría 5 (medicamentos especializados)

No pagará más de \$70 por un suministro de 2 meses, más de \$82 por un suministro de 3 meses en una farmacia de costos compartidos preferida, ni más de \$105 en una farmacia de costos compartidos estándar para un suministro de 3 meses de cada producto de insulina cubierto en la Categoría 3.

Sección 5.5 Permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que los gastos de su bolsillo anuales alcancen los \$2,100.

Permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que el total de los gastos de su bolsillo alcance \$2,100. Luego pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que los planes de medicamentos recetados de Medicare no suelen cubrir. Los pagos que haga por estos medicamentos no se contabilizarán en el total de los gastos de su bolsillo.

La *EOB de la Parte D* que recibe le ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado usted, nuestro plan y terceros en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de los gastos de su bolsillo de \$2,100 en un año.

Le comunicaremos si alcanza este monto. Consulte la sección 1.2 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura catastrófica

En la etapa de cobertura catastrófica, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Ingresa en la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo alcancen el límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez que esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario.

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

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que cubre nuestro beneficio mejorado.

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

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas. Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y tienen cobertura de la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas se enumeran en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo alguno. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D consta de 2 partes:

- La primera parte corresponde al costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte es para el costo de **la aplicación de la vacuna** (a veces se le dice “administración de la vacuna”).

Los costos de una vacuna de la Parte D dependen de 3 factores:

1. Si una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP por sus siglas en inglés) recomienda la vacuna para adultos.

- El ACIP recomienda la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, que no tienen costo alguno.

2. El lugar donde obtiene la vacuna.

- Puede obtener la vacuna en una farmacia o en un consultorio médico.

3. La persona que administra la vacuna.

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

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

- Cuando reciba una vacuna, es posible que deba pagar el costo total de esta y el del proveedor que se la administrará. Puede solicitarle a nuestro plan el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otras ocasiones, cuando se le aplica una vacuna, solo paga la parte del costo que le corresponde de acuerdo con su beneficio de la Parte D. Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no paga nada.

A continuación, encontrará 3 ejemplos de formas en que puede obtener una vacuna de la Parte D.

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

Situación 1: obtiene la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red (el hecho de tener disponible esta opción dependerá del lugar donde vive; algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

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

Situación 2: obtiene la vacuna de la Parte D en el consultorio del médico.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de esta y el del proveedor que se la administrará.
- Luego podrá solicitar que el plan pague la parte del costo que el corresponde según los procedimientos descritos en el capítulo 7.
- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Por las otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluida la administración).

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

- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no paga nada por la vacuna en sí.
- Por las otras vacunas de la Parte D, le paga a la farmacia el copago que le corresponde por la vacuna en sí.
- Cuando el médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total por este servicio.
- Luego podrá solicitar que el plan pague la parte del costo que el corresponde según los procedimientos descritos en el capítulo 7.
- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Por las otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

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

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde por los medicamentos o servicios cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, tal vez deba pagar el costo total. En otros casos, puede que descubra que paga más de lo que esperaba según las normas de cobertura de nuestro plan o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le reintegre (le reembolse) el pago. Tiene derecho a recibir un reembolso de nuestro plan cada vez que haya pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que cubre nuestro plan. Es posible que existan plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la sección 2 de este capítulo.

También puede suceder que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por un monto mayor al que le corresponde pagar por su parte de los costos compartidos. Primero, intente resolver la situación de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios deben cubrirse. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagar los servicios, le informaremos al proveedor. Nunca debe pagar un monto mayor de costo compartido que el que autoriza el plan. Si este proveedor tiene contrato con el plan, usted igual tiene derecho a recibir tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede pedirle a nuestro plan que le reintegre el dinero o que pague una factura que recibió:

1. Cuando recibió atención médica de emergencia o de urgencia por parte de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

"Puede obtener servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor pertenezca o no a nuestra red. En estos casos:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de atención médica de emergencia están obligados por ley a brindar dicha atención.
- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención médica, pídanos el reembolso de nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le solicite un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos a él directamente.
 - Si ya pagó más de la parte que le corresponde del costo del servicio, determinaremos cuánto debía usted y le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde.

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

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 facturarle a nuestro plan directamente y solicitarle a usted solo su parte del costo. Sin embargo, a veces cometen errores y le piden pagar más de lo que le corresponde.

- Usted solo debe pagar el monto de costo compartido que le corresponde cuando recibe los servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores añadan otros cargos por separado, lo que se llama **facturación del saldo**. Esta protección (que usted nunca pague más que el monto que le corresponde de los costos compartidos) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, y aunque haya una disputa y no paguemos ciertos cargos del proveedor.
- Cuando recibe una factura de un proveedor de la red que considera que es por un monto mayor que el que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos que le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó y lo que correspondía pagar según nuestro plan.

3. Si se inscribe en nuestro plan de forma retroactiva

A veces, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva (esto significa que ya pasó el primer día de su inscripción; la fecha de inscripción puede haber ocurrido incluso el año anterior).

Si usted se inscribió en nuestro plan en forma retroactiva y pagó de su bolsillo medicamentos o servicios cubiertos con posterioridad a la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Debe enviarnos la documentación, como recibos y facturas, para que nos encarguemos del reembolso.

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

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

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en determinadas circunstancias. Consulte la sección 2.4 del capítulo 5 para conocer estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia de la red.

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

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no lleva su tarjeta de identificación de miembro de nuestro plan

Si no lleva consigo la tarjeta de identificación de miembro de nuestro plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque nuestra información de inscripción en el plan. Si la farmacia no puede obtener de inmediato la información de inscripción que necesita, es posible que deba pagar el costo total del medicamento recetado.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo era mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

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

Deberá pagar el costo total del medicamento recetado si descubre que el medicamento no tiene cobertura por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no figure en la Lista de medicamentos de nuestro plan o que esté sujeto a un requisito o una restricción que usted desconocía o no creía que se aplicara a su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, deberá pagar el costo total.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reintegro. En algunos casos, es posible que necesitemos que el médico nos facilite más información para reembolsarle la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo era mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

7. Cuando emite copagos a través de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento

Si recibe ayuda y emite copagos a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios de nuestro plan, puede presentar una reclamación en papel para que ese gasto de bolsillo se tenga en cuenta para acceder a la cobertura catastrófica. Guarde el recibo y envíenos una copia.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si debemos cubrir el servicio o el medicamento. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos cubrirlo, pagaremos la parte que nos corresponde del costo del servicio o del medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, podrá apelar nuestra decisión. En el capítulo 9 encontrará información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede pedirnos que le reembolsemos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Si envía la solicitud por escrito, adjunte la factura y la documentación de cualquier pago que haya

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

realizado. Se recomienda que guarde una copia de la factura y los recibos para sus registros.

Debe enviarnos su reclamación (médica) de la Parte C en un plazo de 60 días después de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte B. **Debe enviar su reclamación (de medicamentos recetados) de la Parte D en un plazo de tres años** después del día en que recibió el artículo o medicamento de la Parte D.

Para asegurarse de que nos envía toda la información necesaria para que tomemos una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamaciones para enviar una solicitud de pago.

- Aunque no es necesario que use el formulario, si lo hace, nos ayudará a procesar la información más rápidamente. La información necesaria incluye el nombre y la información de contacto del miembro, el número de identificación de miembro, el nombre y la información de contacto del proveedor, el artículo o servicio y la fecha del servicio.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (www.globalhealth.com) o llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar el formulario.

Para reclamaciones médicas

Envíe su solicitud de pago por correo postal junto con cualquier factura o recibo de pago a la siguiente dirección:

Reclamaciones médicas:
GlobalHealth, Inc.
P.O. Box 2718
Oklahoma City, OK 73101

Para reclamaciones de medicamentos recetados

Envíe su solicitud de pago por correo postal junto con cualquier factura o recibo de pago a la siguiente dirección:

Reclamaciones de medicamentos de la Parte D:
MedImpact - DMR
7835 Freedom Avenue NW
North Canton, OH 44720

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le comunicaremos si necesitamos que nos facilite información adicional. De lo contrario, evaluaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierto y usted siguió todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que usted pagó (por ejemplo, si recibió un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo postal el reembolso de la parte del costo que nos corresponde. Si aún no pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo postal directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* está cubierto, o que usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que le explicaremos las razones por las que no enviaremos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Qué hacer si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o del medicamento, podrá presentar una apelación

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o sobre la suma que pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un procedimiento formal que incluye pasos detallados y plazos importantes. Para conocer los detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos brindarle la información de una manera que se adapte a sus necesidades y sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean inglés, en braille, con letra grande o en otros formatos alternativos, etc).

Nuestro plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con poco dominio del inglés, destrezas de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellas con diversos orígenes culturales y étnicos. Los ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traductor, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder a preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en idiomas que no sean inglés, en braille, con letra grande o en otros formatos alternativos 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 que le brindemos información de un modo adecuado para usted, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY llaman al 711).

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

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará la distribución de costos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre a dónde acudir para obtener este servicio según la distribución de costos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante los servicios para miembros GlobalHealth Section 1557 Coordinator, P.O. Box 2658, Oklahoma City, OK 73101-2658, Teléfono: 1-844-280-5555 (TTY: 711), Fax: 1-405-280-5294, Correo electrónico section1557coordinator@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 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan que preste y coordine los servicios cubiertos. Además, tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) u otros proveedores enumerados en la sección 3 del capítulo 2.2 sin necesidad de una remisión.

Tiene derecho a concertar citas y recibir los servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesita esa atención. También tiene derecho a surtir y resurtir sus recetas médicas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin tener que esperar demasiado.

Si cree que no está recibiendo la atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en el capítulo 9 encontrará información acerca de lo que puede hacer.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica y de su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exijan estas leyes.

- Su información de salud personal incluye información personal que nos facilitó cuando se inscribió en este plan, así como su historia clínica y otra información médica y sobre su salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control sobre cómo se usa su información de salud. Le enviaremos un aviso por escrito, llamado *Aviso sobre prácticas de privacidad*, en el que se informan estos derechos y cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea o modifique su historia clínica.
- Salvo en los casos que se indican a continuación, si pretendemos facilitar su información de salud a alguien que no le brinda atención médica ni paga por ella, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito o el de alguien a quien usted haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre*.
- Hay algunas excepciones en las que no es necesario que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
 - Tenemos la obligación de divulgar información de salud a organismos gubernamentales que controlan la calidad de la atención médica.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos facilitar a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información con fines de investigación o para otros usos, lo hará de acuerdo con los estatutos y las regulaciones federales; normalmente, esto prohíbe que se comparta información que revele su identidad.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

Puede consultar la información de su historia clínica y saber cómo se ha compartido con terceros

Tiene derecho a consultar su historia clínica que tiene nuestro plan y a obtener una copia. Tenemos permitido cobrarle por hacer copias. Además, tiene derecho a solicitarnos que agreguemos información o hagamos correcciones a su historia clínica. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se compartió su información de salud con terceros para cualquier fin que no sea el habitual.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Aviso de prácticas de privacidad de GlobalHealth

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO CUIDADOSAMENTE.

GlobalHealth se compromete y está obligado a proteger la privacidad y confidencialidad de la Información de Salud Protegida (“PHI”, por sus siglas en inglés) de nuestros miembros, en cumplimiento con las leyes y regulaciones federales y estatales aplicables, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (“HIPAA”) y la Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (“HITECH”). Este Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA (el “Aviso”) contiene información importante sobre su PHI. Nuestro Aviso actual está publicado en www.globalhealth.com.

Cómo GlobalHealth Puede Usar o Divulgar su Información de Salud

Para Tratamiento. Podemos usar y/o divulgar su PHI a un proveedor de atención médica, hospital u otra instalación de atención médica con el fin de organizar o facilitar su tratamiento.

Para Pago. Podemos usar y/o divulgar su PHI para pagar reclamaciones de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica por servicios brindados a usted que estén cubiertos por su plan de salud; para determinar su elegibilidad para beneficios; para coordinar beneficios; para revisar la necesidad médica; para obtener primas; para emitir explicaciones de beneficios a la persona suscrita al plan de salud en el que usted participa; y otras funciones relacionadas con pagos.

Para Operaciones del Plan de Salud. Podemos usar y/o divulgar su PHI para fines operativos del plan de salud. Algunos ejemplos incluyen: gestión de riesgos, seguridad del paciente, mejora de la calidad, auditoría interna, revisión de utilización, revisión médica o entre pares, certificación, cumplimiento normativo, capacitación interna, acreditación, licencias, credenciales, investigación de quejas, mejora de desempeño, etc. No usaremos ni divulgaremos su información genética para fines de suscripción.

Productos y Servicios Relacionados con la Salud. Podemos usar y divulgar su PHI para informarle sobre productos, beneficios o servicios relacionados con su tratamiento, manejo del cuidado, o tratamientos alternativos, terapias, proveedores o entornos de atención.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

Donde la Ley lo Permita o Requiera. Podemos usar y/o divulgar su información según lo permita o requiera la ley. Por ejemplo, podemos divulgar información:

- A una agencia reguladora para actividades que incluyan, pero no se limiten a, licencias, certificaciones, acreditaciones, auditorías, investigaciones, inspecciones e informes de dispositivos médicos.
- A las autoridades policiales al recibir una orden judicial, citación, orden de arresto u otro proceso legal similar.
- En respuesta a una orden judicial válida, citación, solicitud de descubrimiento u orden administrativa relacionada con una demanda, disputa u otro proceso legal.
- A agencias de salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Para actividades de supervisión de 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 fines de seguridad nacional, como proteger al Presidente de los Estados Unidos o realizar operaciones de inteligencia.
- Para cumplir con leyes y regulaciones relacionadas con la Compensación Laboral.
- Para la coordinación de beneficios de seguros o de Medicare, si corresponde.
- Cuando sea necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente contra una persona o el público, y dicha divulgación se haga a alguien que pueda prevenir o reducir la amenaza (incluida la persona objetivo de la amenaza).
- En el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial, cuando la ley lo requiera.

Socios de Negocios. Podemos usar y/o divulgar su PHI a socios de negocios con los que contratamos para que nos proporcionen servicios. Ejemplos incluyen consultores, contadores, abogados, auditores, organizaciones de información de salud, proveedores de almacenamiento de datos y proveedores de registros médicos electrónicos. Solo realizaremos estas divulgaciones si hemos recibido garantías satisfactorias de que el socio comercial protegerá adecuadamente su PHI.

Representantes Personales/Autorizados. Podemos usar o divulgar PHI a su representante autorizado.

Familia, amigos y cuidadores. Podemos usar y/o divulgar su PHI a su representante autorizado. Familia, Amigos, Cuidadores. Podemos divulgar su PHI a un familiar, cuidador o amigo que lo acompañe o esté involucrado en su atención médica o en el pago de su atención médica. Si usted no puede o no está disponible para dar su consentimiento u objeción, usaremos nuestro mejor criterio al comunicarnos con su familia y otros.

Emergencias. Podemos usar y/o divulgar su PHI si es necesario en una emergencia para su tratamiento de urgencia.

Militares/Veteranos. Si usted es miembro o veterano de las fuerzas armadas, podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades de comando militar.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

Reclusos. Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al oficial de la ley.

Recordatorios de Citas. Podemos usar y/o divulgar su PHI para contactarlo y recordarle que tiene una cita para tratamiento o atención médica. Esto puede hacerse por correo, correo electrónico o llamada telefónica. Si no se encuentra en casa, podemos dejar un mensaje en una contestadora o con la persona que responda el teléfono.

Recordatorios de Medicamentos y Recargas. Podemos usar y/o divulgar su PHI para recordarle que recargue sus recetas, para informarle sobre el equivalente genérico de un medicamento, o para animarlo a tomar sus medicamentos recetados.

Conjunto de Datos Limitados. Si usamos su PHI para crear un “conjunto de datos limitado”, podemos dar esa información a otros con fines de investigación, acciones de salud pública u operaciones de atención médica. Las personas/entidades que reciban el conjunto de datos limitado están obligadas a tomar medidas razonables para proteger su privacidad.

Otros Usos. Si usted es donante de órganos, podemos divulgar su información médica a organizaciones encargadas de la obtención de órganos o de trasplantes de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante. Podemos divulgar su información médica a un forense o médico examinador.

NOTA: Solo divulgaremos su PHI para fines no descritos en este aviso con su autorización por escrito. La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia (cuando corresponda), usos y divulgaciones de PHI para fines de marketing o recaudación de fondos, y divulgaciones que constituyan la venta de PHI requieren su autorización por escrito. La información autorizada para su divulgación puede incluir registros que indiquen la presencia de una enfermedad transmisible o no transmisible que debe informarse según la ley estatal.

Sus Derechos sobre su Información de Salud

Derecho a Inspeccionar y Copiar. Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su PHI según lo establece la ley. Este derecho no se aplica a las notas de psicoterapia. Su solicitud debe hacerse por escrito. Tenemos derecho a cobrarle los montos permitidos por la ley estatal y federal por dichas copias. Podemos denegar su solicitud en ciertas circunstancias. Si se le niega el acceso, puede apelar ante nuestro Oficial de Privacidad.

Derecho a la confidencialidad de las comunicaciones

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. Debe hacer su solicitud 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 Comunicación Confidencial. Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de su PHI por medios alternos o en ubicaciones alternos. Por ejemplo, puede solicitar recibir comunicaciones en una dirección o número de teléfono alternos. Su solicitud debe ser por escrito e indicar cómo o dónde desea ser contactado. Nos reservamos el derecho de rechazar su solicitud si es irrazonable o imposible de cumplir.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

Derecho a un Registro de Divulgaciones. Usted tiene derecho a solicitar un registro de ciertas divulgaciones de su PHI a terceros, excepto aquellas hechas para tratamiento, pago, operaciones de atención médica o del plan de salud, y divulgaciones hechas a usted, autorizadas por usted o conforme a este Aviso. Para recibir un registro, debe presentar su solicitud por escrito e indicar el período específico que solicita. Puede solicitar un registro de hasta seis (6) años antes de la fecha de su solicitud (tres años si se trata de PHI en un registro médico electrónico). Si solicita más de un (1) registro en un período de 12 meses, podemos cobrarle por los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo y podrá retirar su solicitud antes de que se incurra en dichos costos.

Derecho a Solicitar Restricciones de Uso o Divulgación. Usted tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su PHI a terceros, salvo que la divulgación sea requerida o permitida por la ley. Su solicitud debe hacerse por escrito y especificar (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar el uso, la divulgación o ambos; y (3) a quién se aplican los límites. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, haremos esfuerzos razonables para cumplir con ella, salvo en casos de emergencias, divulgaciones ya realizadas o cuando la ley lo requiera. Cualquier acuerdo de restricciones debe estar firmado por una persona autorizada 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 enviar su solicitud por escrito indicando la razón de la enmienda. Negaremos su solicitud si: (1) no está por escrito o no incluye una razón que la respalde; (2) la información no fue creada por nosotros o no forma parte del registro médico que mantenemos; (3) la información no forma parte de los registros que usted tendría derecho a inspeccionar y copiar; o (4) la información en el registro es exacta y completa. Si negamos su solicitud, usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo ante nuestro Oficial de Privacidad.

Derecho a Ser Notificado de una Brecha. Usted tiene derecho a recibir notificación de cualquier violación de su PHI no asegurada.

Derecho a Revocar Autorización. Usted puede revocar una autorización en cualquier momento, por escrito, pero solo en relación con usos o divulgaciones futuros, no sobre las divulgaciones que ya hemos realizado con base en la autorización otorgada.

Derecho a Recibir una Copia de este Aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de este Aviso a solicitud.

Cambios a este Aviso

GlobalHealth está obligada a cumplir con los requisitos de este Aviso vigente. Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso y hacer efectivos los nuevos términos para toda la PHI que mantenemos. El Aviso revisado estará disponible en nuestro sitio web

en www.globalhealth.com.

Para Reportar una Violación de Privacidad

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos de privacidad o cree que se han violado sus derechos, puede contactar a nuestro Oficial de Privacidad en:

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

ATTN: Privacy Officer
210 Park Avenue, Suite 2900
Oklahoma City, OK 73102
Teléfono gratuito: 1-877-627-0004
Email: privacy@globalhealth.com

GlobalHealth, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. GlobalHealth no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por estos motivos. No lo penalizaremos ni tomaremos represalias si presenta una queja ante el Secretario de DHHS o ante GlobalHealth.

GlobalHealth ofrece ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como: (a) intérpretes de lenguaje de señas calificados; (b) información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos); (c) intérpretes calificados; (d) información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, contacte al servicio de atención al cliente de GlobalHealth al 1 (844) 280-5555 (llamadas gratuitas) (TTY:711).

Si cree que GlobalHealth no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

ATTN: Medicare Compliance Officer
210 Park Ave, Suite 2900
Oklahoma City, OK 73102-5621
Email: compliance@globalhealth.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o email. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Servicio de Atención al Cliente está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja por derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente mediante el Portal de Quejas en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o teléfono en:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
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>.

Aplicaciones de Terceros y la FTC

Tenga en cuenta que la mayoría de las aplicaciones de terceros no están cubiertas por HIPAA. La mayoría de estas aplicaciones están bajo la jurisdicción de la Comisión Federal de Comercio (FTC) y las protecciones que proporciona la Ley de la FTC. La Ley de la FTC, entre otras cosas,

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

protege contra actos engañosos (por ejemplo, si una aplicación comparte datos personales sin permiso, a pesar de tener una política de privacidad que dice lo contrario). Si tiene alguna preocupación sobre el uso de aplicaciones de terceros y su información, puede contactar a la Comisión Federal de Comercio (FTC) y presentar una queja en <https://reportfraud.ftc.gov/#/>.

Fecha de entrada en vigor: 10/01/2023 Aviso original: 04/01/2003 Fecha de revisión:

04/01/2011

04/01/2013

08/01/2021

10/01/2023

07/2025

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y los servicios cubiertos

Como miembro de Generations Chronic Care (HMO C-SNP), tiene derecho a recibir distintos tipos de información de nuestra parte.

Si desea recibir cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre proveedores y farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a recibir información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de la red, y sobre cómo les pagamos a los proveedores de la red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando la use.** En los capítulos 3 y 4 se incluye información sobre los servicios médicos. En los capítulos 5 y 6 se incluye información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no tiene cobertura y qué puede hacer al respecto.** En el capítulo 9 se incluye información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. En el capítulo 9 también se incluye información sobre cómo solicitar que modifiquemos una decisión, también llamada apelación.

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

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Los proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una forma que usted pueda entender*.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones junto con sus médicos sobre qué tratamiento es el mejor para usted, tiene los siguientes derechos:

- **Derecho a conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente del costo que tengan o de si nuestro plan las cubre. Además, tiene derecho a recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Derecho a conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen cualquier riesgo que implique la atención médica que recibe. Se le debe notificar con anticipación si algún tratamiento o atención médica propuesto es parte de un experimento en investigación. Siempre tiene la opción de negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **Derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a irse de un hospital u otro centro médico, aunque el médico le recomiende quedarse. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, asume la responsabilidad total por las consecuencias que esto pueda tener en el organismo.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué se debe hacer en caso de que no pueda tomar decisiones médicas

A veces, hay personas que no están en condiciones de tomar sus propias decisiones sobre su atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir qué quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no pueda hacerlo por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que gestionen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones antes de estas situaciones se conocen como **directrices anticipadas**. Documentos como un **testamento en vida** y un **poder con fines de atención médica** son ejemplos de directrices anticipadas.

Cómo preparar un documento de directrices anticipadas para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de directrices anticipadas de su abogado, de un trabajador social o en algunas tiendas de artículos de oficina. En ocasiones, puede obtenerlo de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir los formularios.
- **Complete el formulario y fírmelo.** No importa de dónde obtenga este formulario, se trata de un documento legal. Considere pedirle a un abogado que le ayude a prepararlo.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona designada en el formulario que pueda tomar decisiones en su nombre cuando usted no pueda. Si lo desea, puede entregar copias a amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su casa.

Si conoce con anticipación que se le va a hospitalizar y ha firmado un documento de directrices anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de directrices anticipadas y si lo tiene consigo.
- Si no firmó este documento, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.

Completar un documento de directrices anticipadas es una decisión personal (incluso si desea firmarlo mientras se encuentra en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle la atención médica ni discriminarle por haber firmado o no un documento de directrices anticipadas.

Qué sucede si no se siguen sus directrices

Si firma un documento de directrices anticipadas y cree que un médico o un hospital no las han seguido, puede presentar una queja ante la siguiente entidad:

Oklahoma Board of Medical Licensure and Supervision
101 NE 51st St
Oklahoma City, OK 73105-1821

Teléfono: 1-800-381-4519 (línea gratuita) o (405) 962-1400 (local)

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones tomadas

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el capítulo 9 de este documento se explica lo que puede hacer. Haga lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **estamos obligados a tratarle de manera justa.**

Sección 1.7 Qué hacer si cree que le tratan injustamente o que no se respetan sus derechos

Si considera que le trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos a causa de su raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local.

Si considera que le trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos, y *no* se trata de un caso de discriminación, puede obtener ayuda para abordar el problema en estos lugares:

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame al programa SHIP local** al 1-800-763-2828
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicio al Cliente de nuestro plan al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame al programa SHIP local** al 1-800-763-2828
- **Comuníquese con Medicare.**
 - Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf) para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en: www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 1.9 Información sobre evaluaciones de nuevas tecnologías

La tecnología rápidamente cambiante afecta la atención médica y la medicina tanto como cualquier otra industria. Para determinar si un nuevo medicamento u otro desarrollo médico tienen beneficios a largo plazo, nuestro plan controla y evalúa cuidadosamente las nuevas tecnologías para su inclusión como beneficios cubiertos. Estas tecnologías incluyen procedimientos médicos, dispositivos médicos y nuevos medicamentos.

Sección 1.10 Puede hacer sugerencias sobre su derechos y responsabilidades

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a efectuar recomendaciones sobre los derechos y las responsabilidades incluidos en este capítulo. Llame a Atención al Cliente si tiene alguna sugerencia.

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación, se enumeran los pasos que debe seguir como miembro de nuestro plan. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para conocer lo que está cubierto y las normas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

- En los capítulos 3 y 4 se incluyen detalles sobre los servicios médicos.
- En los capítulos 5 y 6 se incluyen detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de salud o de medicamentos, además de nuestro plan, debe comunicárnoslo.** En el capítulo 1, encontrará información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de identificación de miembro de nuestro plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a brindarle una mejor atención facilitándoles información, haciendo preguntas y siguiendo las indicaciones de su tratamiento.**
 - Para ayudarlo a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores médicos sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que ha acordado junto a sus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, no dude en consultar hasta obtener la respuesta que desea.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúen de manera que ayuden a que las actividades en el consultorio del médico, los hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de realizar estos pagos:
 - Debe seguir pagando una prima de Medicare Parte B para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo en el momento en que los recibe.
 - Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía, debe hacerlo.
 - Si debe pagar un monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagándolo directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, necesitamos saberlo** para que podamos mantener su expediente de miembro actualizado y sepamos cómo contactarlo.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, comuníquese al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:

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

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

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican 2 tipos de procesos para abordar problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas** (también llamadas quejas formales).

Ambos procesos tienen la aprobación de Medicare. Cada proceso se compone de un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

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

Sección 1.1 Términos legales

En algunas normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo, se usan términos legales. La mayoría de las personas no conocen estos términos. Para aportar claridad, en este capítulo se usan palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos debe usar para obtener la ayuda o la información adecuada, incluimos estos términos legales cuando le explicamos los detalles para abordar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, es nuestra obligación respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar ayuda. En algunos casos, es posible que también necesite ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son las siguientes:

Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP por sus siglas en inglés).

Cada estado cuenta con un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a entender qué proceso debe usar para abordar su problema. También pueden responder preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del programa SHIP son gratuitos. Comuníquese con Seguro Médico Estatal Programa de Asesoramiento al 1-800-763-2828. Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios web en la sección 3 del capítulo 2 de este documento.

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

Medicare

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

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

SECCIÓN 3 Qué proceso se puede usar para abordar su problema

¿Su problema o duda están relacionados con los beneficios o la cobertura?

Esto incluye problemas relacionados con la cobertura de la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B) o la falta de esta, con la forma en que se brinda dicha cobertura y los pagos correspondientes.

Sí.

Consulte la **sección 4, Guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones**.

No.

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

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se usan para abordar los problemas sobre sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluidos los pagos). Para facilitar la lectura, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de Medicare Parte B como **atención médica**. Se usa el proceso de apelaciones y la decisión de cobertura para saber si algo tiene cobertura o no y de qué forma se cubre.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de que la reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Una decisión de cobertura es aquella que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por la atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan le remite a un especialista médico que no pertenece a la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que usted o el médico de la red puedan demostrar que recibió un aviso de rechazo estándar para la consulta con este especialista médico o que en la *Evidencia de Cobertura* se especifique que el servicio referido no se cubre bajo ninguna condición. Usted o el médico también puede

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

comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si el médico no sabe con certeza si cubrimos un servicio médico en particular o si se niega a brindarle atención médica que usted cree que necesita.

En determinadas circunstancias, la solicitud de decisión de cobertura se desestimará, es decir que no la revisaremos. Entre los ejemplos de situaciones en las que se desestimará una solicitud, se incluyen casos en los que la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre sin tener la autorización legal correspondiente para hacerla, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso con la explicación de por qué se desestimó y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué cubriremos y cuánto pagaremos. En algunos casos, es posible que decidamos que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y usted no está conforme, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En algunos casos, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. La revisión de su apelación estará a cargo de revisores distintos de los que tomaron la decisión original.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, el proceso se denomina apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos correctamente las normas. Cuando finalizamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En determinadas circunstancias, la apelación de nivel 1 se desestimará, es decir que no la revisaremos. Entre los ejemplos de situaciones en las que se desestimará una solicitud, se incluyen casos en los que la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre sin tener la autorización legal correspondiente para hacerla, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una apelación de nivel 1, enviaremos un aviso con la explicación de por qué se desestimó y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos la totalidad o una parte de su apelación de nivel 1 para atención médica, la apelación pasará automáticamente a una apelación de nivel 2 a cargo de una organización de revisión independiente que no esté relacionada con nosotros.

- Usted no necesita hacer nada para iniciar una apelación de nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de nivel 1.
- Consulte la **sección 5.4** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones sobre medicamentos de la Parte D se tratan con más detalle en la sección 6.

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

Si no está conforme con la decisión de la apelación de nivel 2, puede continuar con los siguientes niveles de apelación (en este capítulo se explican los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Cómo obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Aquí encontrará recursos por si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Obtenga ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico.
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si el médico le ayuda con una apelación de nivel 2 o posterior, se le debe designar como su representante. Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario *Designación de representante*. (el formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web, www.globalhealth.com).
 - En el caso de la atención médica o los medicamentos de la Parte B, el médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si su apelación se rechaza en el nivel 1, se enviará automáticamente al nivel 2.
 - En el caso de los medicamentos de la Parte D, el médico u otro profesional que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de nivel 1, el médico o la persona que receta pueden solicitar una apelación de nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante a fin de solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario *Designación de representante* (el formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf, o en nuestro sitio web, www.globalhealth.com). Este formulario le da a esa persona permiso para actuar en su nombre. Debe tener su firma y la de la persona que usted desea que actúe en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta que lo obtengamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación se desestimarán. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que le explicaremos su derecho a solicitarle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

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

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado o solicitar el nombre de uno a través del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Cada situación tiene plazos y normas diferentes. A continuación, se enumeran los detalles de cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que se le está dando de alta demasiado pronto
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto (*solo se aplica a estos servicios:* atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria [CORF por sus siglas en inglés])

Si no sabe con certeza qué información se aplica en su caso, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su programa SHIP.

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

Sección 5.1 Qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en el Tabla de Beneficios Médicos incluido en el capítulo 4. En algunos casos, se aplican normas diferentes a una solicitud relativa a un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos de qué manera las normas para los medicamentos de la Parte B son diferentes de aquellas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección, se describe lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes 5 situaciones:

1. No está recibiendo cierta atención médica que desea y considera que nuestro plan cubre esta atención. **solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

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

2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que el médico u otro proveedor médico desea brindarle y que usted considera que nuestro plan cubre. **solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, pero le comunicamos que no pagaremos por esta atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió atención médica y pagó los costos correspondientes que considera que nuestro plan debería cubrir y quiere pedirle a nuestro plan que le reembolse el monto de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Le informaron que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (que aprobamos con anticipación) se reducirá o cancelará y usted considera que eso podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se dejará de ofrecer corresponde a atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF), consulte las secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención médica.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura**Términos legales:**

Una decisión de cobertura que involucra su atención médica se denomina **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación acelerada**.

Paso 1: determine si necesita una decisión de cobertura estándar o una rápida.

Por lo general, se toma una decisión de cobertura estándar en un plazo de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, de 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos, o de 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida suele tomarse en un plazo de 72 horas para los servicios médicos o de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con 2 requisitos:

- *Solo puede solicitar* la cobertura de artículos o servicios médicos (no puede hacer solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida solamente si cumple con los plazos estándar pudiera causarle un daño grave a su salud o afectar su capacidad para recuperar alguna función.

Si el médico nos comunica que su estado de salud exige una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente conceder este tipo de decisión.

Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida, sin la ayuda de su médico, decidiremos si su estado de salud exige que le concedamos una decisión de cobertura

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

rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta con lo siguiente:

- Una explicación de que cumpliremos con los plazos estándar.
- Una explicación de que le concederemos automáticamente una decisión de cobertura rápida si el médico lo solicita.
- Una explicación de que puede presentar una queja rápida con respecto a nuestra decisión de concederle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura estándar o una rápida.

- En primer lugar, llame o envíe una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura para la atención médica que desea recibir. Esto lo puede hacer usted, su médico o su representante. En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.

Paso 3: consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le comunicamos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar seguimos los plazos estándar.

Esto significa que le damos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico que está sujeto a las normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo,** si solicita una extensión o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud está relacionada con un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no debemos* demorar más días, puede presentar una *queja rápida*. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión (el proceso para presentar una queja es distinto del proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones; Consulte la sección 10 para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida seguimos un plazo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

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

- **Sin embargo**, si solicita una extensión o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud está relacionada con un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no debemos* demorar más días, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la sección 10 para obtener información sobre las quejas). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si nuestra respuesta es negativa para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una notificación por escrito con la explicación del motivo.

Paso 4: si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura de atención médica es negativa, puede apelar.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa que puede volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de nivel 1**Términos legales:**

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: decida si necesita una apelación estándar o una rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo de 30 días calendario o de 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos con respecto a la cobertura de atención médica, usted o su médico debe decidir si necesita presentar una apelación rápida. Si el médico nos comunica que su estado de salud exige una apelación rápida, se la concederemos.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida incluidos en la sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: solicítele a nuestro plan una apelación estándar o una rápida.

- **Si presenta una apelación estándar, preséntela por escrito.** También pueden llamarnos para solicitar una apelación. En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos.** En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.

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

- **Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que se indica en la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una razón válida para ello, explique el motivo del retraso al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de causa justificada pueden incluir una enfermedad grave que le haya impedido comunicarse con nosotros o que le hayamos dado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar la apelación.**

Paso 3: consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, se analiza detenidamente toda la información. Verificamos que hayamos cumplido con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información, si es necesario, y es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos comunicarle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le comunicaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si solicita una extensión o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud está relacionada con un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al finalizar el período extendido si nos tomamos más días), tenemos que enviar automáticamente su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente la revisará. En la sección 5.4 se explica el proceso de apelaciones del nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para que la revise en el nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos comunicarle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que no recibió, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su afección médica así lo exige.

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

- Si solicita una extensión o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud está relacionada con un medicamento de la Parte B.
- Si considera que no debemos demorar más días, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le responderemos en un plazo de 24 horas (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al finalizar el período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de nivel 2, en el que una organización de revisión independiente la revisará. En la sección 5.4 se explica el proceso de apelaciones del nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos automáticamente la apelación a la organización de revisión independiente para que la revise en el nivel 2.

Sección 5.4 El proceso de apelaciones de nivel 2**Término legal:**

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente**. En ocasiones, también se le llama **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es un organismo gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debería modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: la organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **expediente**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente**.
- Tiene derecho a facilitar más información a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información sobre su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el nivel 2.

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

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibirla.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que podría beneficiarle, **puede demorarse hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud está relacionada con un medicamento de la Parte B.

Si tuvo una apelación estándar en el nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el nivel 2.

- Para la apelación estándar, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de recibirla. Si su solicitud es por un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario después** de recibirla.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que podría beneficiarle, **puede demorarse hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud está relacionada con un medicamento de la Parte B.

Paso 2: la organización de revisión independiente le comunica su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos por los que se llegó a ella.

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa para una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de **72 horas** o prestar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa para una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o suministrar dicho medicamento en un plazo de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la respuesta de esta organización es negativa para una parte o la totalidad de su apelación**, significa que coincide con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse (a esto se le dice **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con lo siguiente:

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

- Una explicación de la decisión.
- Información sobre su derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita alcanza un monto mínimo determinado. En el aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente se le comunicará el monto en dólares que debe cubrir para continuar con el proceso de apelaciones.
- Información sobre cómo presentar una apelación de nivel 3.

Paso 3: si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con la apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (que suman un total de 5 categorías de apelación). Si desea pasar a una apelación de nivel 3, encontrará los detalles de cómo proceder en el aviso escrito que recibe después de la apelación de nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encarga de la apelación de nivel 3. En la sección 9 se explican los procesos de apelaciones de los niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Qué sucede si nos pide que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por la atención médica

En el capítulo 7 se describe cuándo puede necesitar pedir un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También se le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

Si pide un reembolso, significa que nos está solicitando una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para pedir el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si cumplió con las normas de uso de la cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica tiene cobertura y usted cumplió con las normas, generalmente le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en un plazo de 30 días calendario, pero no más de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si usted no pagó la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* siguió todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos la atención médica y los motivos de nuestra decisión.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos solicita que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos de rechazar su solicitud de pago.

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se indica en la sección 5.3.

Para apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos comunicarle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos pide que le reembolsemos el pago por atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decidió que debemos pagar, tenemos que enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Lo que tiene que hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos lo que pagó por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura de muchos medicamentos recetados. Para tener cobertura, el medicamento debe usarse para una indicación aceptada por razones médicas (consulte el capítulo 5 para obtener más información sobre este tipo de indicación). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere únicamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para facilitar la lectura, generalmente usamos el término *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios o medicamento de la Parte D*. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *lista de los medicamentos cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si usted cumple con las normas, puede preguntarnos. Para algunos medicamentos, es necesario que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlos.
- Si la farmacia le informa que no puede surtir la receta médica tal como se emitió, le entregará un aviso por escrito con instrucciones sobre cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal:

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es aquella que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por los medicamentos. En esta sección, se describe lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

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

- Si tiene que pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan, **solicite una excepción. Sección 6.2**
- Si tiene que solicitar la excepción a una restricción de cobertura de nuestro plan para un medicamento (como los límites en la cantidad que puede recibir, los criterios de autorización previa o el requisito de probar otro medicamento antes), **solicite una excepción. Sección 6.2**
- Si tiene que solicitar que le permitamos pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en una categoría de costo compartido más alta, **solicite una excepción. Sección 6.2**
- Si tiene que solicitar la aprobación previa de un medicamento, **solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Si tiene que pagar un medicamento recetado que ya compró, **pida un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y una apelación.

Sección 6.2 Cómo solicitar una excepción**Términos legales:**

La solicitud de cobertura para un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos es una **excepción al formulario**.

La solicitud de que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento es una **excepción al formulario**.

La solicitud de pagar un precio menor por un medicamento cubierto no preferido es una **excepción de categoría**.

Si un medicamento no se cubre como a usted le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, el médico u otro profesional que receta deberá explicar las razones médicas que justifiquen el motivo por el que necesita que se apruebe la excepción. A continuación, se detallan 3 ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro recetador pueden solicitarnos:

- 1. Cobertura para un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que corresponde a los medicamentos de la categoría 4 (medicamentos no preferidos). No puede solicitar una excepción por el monto del costo compartido que debe pagar por el medicamento.

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

- 2. Eliminación de una restricción para un medicamento cubierto.** En el capítulo 5, se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y eliminar una restricción, usted podrá solicitar una excepción por el monto del costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
- 3. Cambio en la cobertura de un medicamento a una categoría de costo compartido más baja.** Todos los medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos se encuentran en una de las 5 categorías de costos compartidos. En general, cuanto más bajo es el número de la categoría de costo compartido, menos paga usted por su parte del costo del medicamento.
 - Si en nuestra Lista de medicamentos figuran medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en una categoría de costo compartido menor que la del medicamento, nos puede solicitar que cubramos el medicamento al mismo monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos el medicamento a un costo compartido más bajo. Esta sería la categoría más baja que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos el medicamento al monto del costo compartido que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de medicamentos de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos el medicamento al monto del costo compartido que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de medicamentos de marca o genéricos para tratar su afección.
 - No puede solicitarnos que cambiemos la categoría de costo compartido de ningún medicamento que se encuentre en la categoría 5 (medicamentos especializados).
 - Si aprobamos su solicitud de excepción de categoría y hay más de una categoría de costo compartido más baja con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Información importante acerca de la solicitud de excepciones**El médico debe especificar las razones médicas**

El médico u otro profesional que receta deben presentar una declaración en la que explique las razones médicas por las que solicita una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica del médico u otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos generalmente incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo puede tener la misma eficacia que el medicamento que está

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

solicitando y no causar más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de categoría, por lo general, *no* la aprobaremos, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos en las categorías de costo compartido más bajas no le resulten eficaces o tengan la probabilidad de causar una reacción adversa u otro tipo de daño.

Podemos aprobar o rechazar su solicitud

- Si nuestra respuesta a su solicitud de excepción es afirmativa, dicha aprobación suele ser válida hasta el final del año de nuestro plan. Esto es válido siempre que el médico le continúe recetando el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción**Término legal:**

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación de cobertura acelerada**.

Paso 1: determine si necesita una decisión de cobertura estándar o una rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de recibir la declaración del médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración del médico.

Si su estado de salud lo exige, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con 2 requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que todavía no recibió (no puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reintegren el dinero de un medicamento que ya compró).
- Cumplir con los plazos estándar puede causarle un daño grave a su salud o afectar su capacidad para desenvolverse.
- **Si el médico u otro profesional que receta nos comunica que su estado de salud exige una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente tomar este tipo de decisión.**
- **Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico o del profesional que receta, decidiremos si su estado de salud exige que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta con lo siguiente:
 - Una explicación de que cumpliremos con los plazos estándar.
 - Una explicación de que le concederemos automáticamente una decisión de cobertura rápida si el médico u otro profesional que receta lo solicita.

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

- Información sobre cómo presentar una queja rápida con respecto a nuestra decisión de concederle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas a partir de la fecha de recepción.

Paso 2: solicite una decisión de cobertura estándar o una rápida.

En primer lugar, llame o envíe una carta o un fax a nuestro plan para pedirnos que autoricemos o que le brindemos la cobertura para la atención médica que desea recibir. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura mediante nuestro sitio web. Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario modelo de solicitud de decisión de cobertura de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web, www.globalhealth.com. En el capítulo 2 encontrará la información de contacto. Para ayudarnos a tramitar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que indique qué reclamación denegada se está apelando.

Esto lo puede hacer usted, su médico (u otro profesional que receta) o su representante. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. En la sección 4 se explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, suministre la declaración de respaldo**, que constituye la razón médica de la excepción. El médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo postal. Como alternativa, el médico u otro profesional que receta nos puede comunicar las razones por teléfono y, luego, enviar la notificación por escrito por fax o correo postal, de ser necesario.

Paso 3: consideramos su solicitud y le comunicamos nuestra respuesta.***Plazos para una decisión de cobertura rápida***

- Debemos comunicarle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le comunicaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo del médico. Le comunicaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos brindar la cobertura que acordamos en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda dicha solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos una notificación por escrito con la explicación del motivo. También le explicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Debemos comunicarle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

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

- En el caso de las excepciones, le comunicaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo del médico. Le comunicaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo exige.
- Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó,** debemos **brindar la cobertura** que acordamos **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda dicha solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó,** le enviaremos una notificación por escrito con la explicación del motivo. También le explicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos comunicarle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó,** le enviaremos una notificación por escrito con la explicación del motivo. También le explicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura es negativa, puede presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa que puede volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de nivel 1**Términos legales:**

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida se denomina **redeterminación acelerada**.

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

Paso 1: decida si necesita una apelación estándar o una rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas. Si su estado de salud lo exige, solicite una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos con respecto a un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita presentar una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida incluidos en la sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: usted, su representante, su médico u otro profesional que receta debe comunicarse con nosotros y presentar su apelación de nivel 1. Si su estado de salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Si se trata de una apelación estándar, presente una solicitud por escrito o llámenos. En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.**
- **Si se trata de una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos al 1-866-494-3927.** En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito**, incluida una solicitud presentada en el *Formulario modelo de solicitud de redeterminación de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web, www.globalhealth.com. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a tramitar la solicitud.
- **Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que se indica en la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una razón válida para ello, explique el motivo del retraso al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de causa justificada pueden incluir una enfermedad grave que le haya impedido comunicarse con nosotros o que le hayamos dado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar la apelación.

Paso 3: consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre la solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted o con el médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

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

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos comunicarle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le comunicaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. En la sección 6.6 se explica el proceso de apelaciones del nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos brindar la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos una notificación por escrito con la explicación del motivo y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos comunicarle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su afección médica así lo exige.
 - Si no le comunicamos la decisión en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. En la sección 6.6 se explica el proceso de apelaciones del nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos brindar la cobertura tan pronto como lo exija su estado de salud, pero no más de **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos una notificación por escrito con la explicación del motivo y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos comunicarle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos una notificación por escrito con la explicación del motivo. También le explicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

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

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de nivel 2**Término legal:**

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente**. En ocasiones, también se le llama **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es un organismo gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debería modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de nivel 2, qué plazos debe respetar y cómo ponerse en contacto con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo correspondiente o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación **de riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE.
- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se denomina **expediente**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente.**
- Tiene derecho a facilitar más información a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: la organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información sobre su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su estado de salud lo exige, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.

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

- Si la organización acepta concederle una apelación rápida, deberá darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir la apelación si es por un medicamento que aún no recibió. Si nos solicita que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: la organización de revisión independiente le comunica su respuesta.***Para las apelaciones rápidas:***

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos brindar la cobertura de medicamentos aprobada por dicha organización **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.

Para las apelaciones estándar:

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa para una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **brindar la cobertura de medicamentos** aprobada por dicha organización **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa para una parte o la totalidad de su solicitud de reintegro** del costo de un medicamento que usted ya compró, tenemos la obligación de **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si la respuesta de la organización es negativa a una **parte o a la totalidad** de su apelación, significa que coincide con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella) (a esto se le dice **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con lo siguiente:

- Una explicación de la decisión.
- Información sobre su derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un monto mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión del nivel 2 será definitiva.
- Información sobre el valor en dólares que debe estar en disputa para avanzar con el proceso de apelaciones.

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

Paso 4: si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con la apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (que suman un total de 5 categorías de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de nivel 3, encontrará los detalles de cómo proceder en el aviso escrito que recibe después de la decisión sobre la apelación de nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encarga de la apelación de nivel 3. 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 que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que se le está dando de alta demasiado pronto

Cuando se le admite en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su lesión o enfermedad.

Durante su hospitalización cubierta, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted en los preparativos para el día del alta. Le ayudarán a coordinar la atención que podría necesitar después de salir del hospital.

- El día que usted abandona el hospital se denomina la **fecha de alta**.
- Cuando se defina su fecha de alta, el médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que se le ha pedido abandonar el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y su solicitud se considerará.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá una notificación por escrito de Medicare en la que se le comunicarán sus derechos

En un plazo de 2 días calendario después de que le hayan ingresado en el hospital, recibirá un aviso escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o un miembro del personal de enfermería), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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).

1. Lea detenidamente este aviso y haga preguntas si no lo entiende. En este aviso encontrará información sobre lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indique el médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son los servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
- Su derecho a participar en cualquier decisión relativa a su hospitalización.
- Dónde informar sus inquietudes sobre la calidad de su atención hospitalaria.

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

- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si considera que le han dado de alta demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de pedir que se posponga la fecha de alta, por lo que cubriremos la atención hospitalaria por más tiempo.
- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
- Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en su nombre que firme el aviso.
 - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos, no indica su fecha de alta. La firma del aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con una fecha de alta.
- 3. Guarde una copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.
- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha de alta programada.
 - Para ver una copia de este aviso por anticipado, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en <https://www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im>.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Para pedirnos que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente internado por más tiempo, use el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos correspondientes.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Seguro Médico Estatal Programa de Asesoramiento al 1-800-763-2828. La información de contacto del programa SHIP está disponible en la sección 3 del capítulo 2.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Controla si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico. La **Organización de Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud a los que el gobierno federal les paga para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de la fecha de alta hospitalaria de las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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

Paso 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.**¿Cómo puede comunicarse con esta organización?**

- En el aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) se le indica cómo comunicarse con esta organización. O bien, si desea conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte el capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad *antes* de dejar el hospital y **a más tardar la medianoche del día del alta**.
 - **Si cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta, *sin tener que pagarlo*, mientras espera la decisión de la Organización de Mejoramiento de la Calidad.
 - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros**. Si decide quedarse en el hospital después de la fecha de alta programada, *posiblemente tenga que pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que recibe después de esa fecha.
- Cuando solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente al que nos contacten, le daremos un **Aviso detallado sobre el alta**. En este aviso, se incluirá la fecha de alta programada y se explicarán detalladamente los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (adecuado desde el punto de vista médico) que le den de alta en esa fecha.
- Para obtener una muestra del **Aviso detallado sobre el alta** llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede obtener una muestra del aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de la Calidad hace una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (*los revisores*) le consultarán a usted, o a su representante, las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- Los revisores también verán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les facilitamos.
- Hacia el mediodía del día después de que los revisores nos hayan informado de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nuestra parte en el que se indicará la fecha de alta programada. En este aviso también se explicarán detalladamente los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (adecuado desde el punto de vista médico) que le den de alta en esa fecha.

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

Paso 3: en el plazo de un día completo después de reunir toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad le dará una respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión independiente es *afirmativa*, **debemos seguir brindando sus servicios hospitalarios como paciente internado cubiertos, siempre que sean médicamente necesarios.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, pueden existir limitaciones para los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión independiente es *negativa*, significa que la fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico. En este caso, **nuestra cobertura de los servicios hospitalarios como paciente internado finalizará** al mediodía del día *después* de que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le da una respuesta a su apelación.
- Si la respuesta de la organización de revisión independiente a su apelación es *negativa* y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le da una respuesta a su apelación.

Paso 4: si la respuesta a su apelación de nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si la respuesta de la Organización de Mejoramiento de la Calidad a su apelación es *negativa* y usted se queda en el hospital después de la fecha de alta programada, puede presentar otra apelación. Si presenta otra apelación, significa que pasa al *nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de nivel 2, usted le solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que vuelva a considerar la decisión que tomó respecto de su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, usted deberá pagar el costo total de su hospitalización después de la fecha de alta programada.

Paso 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad haya *rechazado* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de la atención médica.

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

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información sobre su apelación.

Paso 3: en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación de nivel 2, los revisores tomarán una decisión con respecto a su apelación y se la comunicarán.***Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa:***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde pagar de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad haya rechazado su primera apelación. **Debemos seguir brindando la cobertura de su atención hospitalaria como paciente internado, siempre que sea médicamente necesaria.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión independiente es negativa:

- Esto significa que está de acuerdo con la decisión que se tomó sobre su apelación de nivel 1 y se denomina “confirmar la decisión”.
- En el aviso que recibe, se le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: si la respuesta es negativa, debe decidir si pasará su apelación al nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (que suman un total de 5 categorías de apelación). Si desea pasar a una apelación de nivel 3, encontrará los detalles de cómo proceder en el aviso escrito que recibe después de la decisión sobre la apelación de nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encarga de la apelación de nivel 3. 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

Cuando recibe **servicios de atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o atención para la rehabilitación (en un centro de rehabilitación integral ambulatoria)**, tiene el derecho de seguir recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

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

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrirle cualquiera de estos 3 tipos de atención médica, tenemos la obligación de informárselo por adelantado. Cuando finalice la cobertura de esa atención médica, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo correspondiente*.

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le avisaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura**Término legal:**

Aviso de finalización de la cobertura de Medicare. Contiene información sobre cómo puede solicitar una apelación rápida. Solicitar una **apelación rápida** es una manera formal y legal de pedir un cambio en nuestra decisión de cobertura respecto a cuándo finalizar su atención médica.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención médica. En el aviso se indica lo siguiente:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir la atención médica.
 - Información sobre cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención médica durante más tiempo.
2. **Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en su nombre que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que usted recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **La firma de este aviso no significa que usted esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de cancelar su atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos correspondientes.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto del programa SHIP está disponible en la sección 3 del capítulo 2.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es adecuada desde el punto de vista médico. La **Organización de Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de cuidado de la salud a los que el gobierno federal les paga para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar

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

las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir determinados tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: presente su apelación de nivel 1. Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación rápida*. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de finalización de la cobertura de Medicare*) se le indica cómo comunicarse con esta organización. O bien, si desea conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte el capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad con el objetivo de iniciar la apelación **antes del mediodía anterior a la fecha de entrada en vigor** que se indica en el *Aviso de finalización de la cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún conserva su derecho a apelar. Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad usando la información de contacto que figura en el *Aviso de finalización de la cobertura de Medicare*. También podrá encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en el capítulo 2.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de la Calidad hace una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de la finalización de la cobertura. Se trata de un aviso en el que se detallan los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (*los revisores*) le consultarán a usted, o a su representante, las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- La organización de revisión independiente también verá su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le facilita nuestro plan.
- Antes de que termine el día en que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá la *Explicación detallada de la finalización de la cobertura*, en la que se explica en detalle los motivos por los que le ponemos fin a la cobertura de sus servicios.

Paso 3: en el plazo de un día completo después de reunir toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es afirmativa?

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

- Si los revisores *aprueban* su apelación, **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos mientras sea necesario por razones médicas.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Pueden existir limitaciones para los servicios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es negativa?

- Si los revisores *rechazan* su solicitud, **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide seguir recibiendo la atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en la que finaliza su cobertura, **deberá pagar el costo total** de dicha atención.

Paso 4: si la respuesta a su apelación de nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de nivel 1, y usted decide seguir recibiendo atención médica después de la finalización de la cobertura, podrá presentar una apelación de nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo

Durante una apelación de nivel 2, usted le solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que vuelva a considerar la decisión respecto de su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría la cobertura.

Paso 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad haya *rechazado* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si siguió recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura de la atención médica.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información sobre su apelación.

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

Paso 3: en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión con respecto a su apelación y se la comunicarán.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando la cobertura** de su atención médica, siempre que sea médicamente necesaria.
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión independiente es negativa?

- Esto significa que está de acuerdo con la decisión que se tomó con respecto a su apelación de nivel 1
- En el aviso que recibe, se le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Allí encontrará detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado litigante.

Paso 4: si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea avanzar su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelaciones después del nivel 2, que suman un total de 5 categorías de apelación. Si desea pasar a una apelación de nivel 3, encontrará los detalles de cómo proceder en el aviso escrito que recibe después de la decisión sobre la apelación de nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encarga de la apelación de nivel 3. En la sección 9 encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo elevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser la adecuada para usted si presentó una apelación de nivel 1 y otra de nivel 2 y ambas se rechazaron.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el que presentó la apelación cumple con determinados montos mínimos, es posible que pueda avanzar con otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al monto mínimo, no podrá seguir apelando. En la respuesta que reciba por escrito a su apelación de nivel 2 se le explicará cómo presentar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de manera muy parecida a los primeros 2 niveles. A continuación, se indica quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

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

Apelación de nivel 3

Un **juez de derecho administrativo** o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o el abogado litigante a su apelación es afirmativa, el proceso de apelaciones puede o no darse por finalizado.** A diferencia de una decisión con respecto a una apelación de nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, se avanzará a una apelación de nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindar la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado litigante.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con toda la documentación necesaria que corresponda. Es posible que esperemos la decisión con respecto a la apelación de nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.
- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o el abogado litigante a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones puede o no darse por finalizado.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por finalizado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará la apelación y le comunicará 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 una apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones puede o no darse por finalizado.** A diferencia de una decisión de nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión en el nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindar la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede o no darse por finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por finalizado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que recibe se le informará si las normas le permiten pasar a una apelación de nivel 5 y cómo proceder en ese caso.

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

Apelación de nivel 5

Un juez del tribunal federal de primera instancia revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta* o se *rechaza* su solicitud. Esta respuesta es definitiva. No existen más niveles de apelación después de que pase por el tribunal federal de primera instancia.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser la adecuada para usted si presentó una apelación de nivel 1 y otra de nivel 2 y ambas se rechazaron.

Si el valor en dólares del medicamento por el que presentó la apelación cumple con un determinado monto en dólares, es posible que pueda avanzar con otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es inferior, no podrá seguir apelando. En la respuesta que reciba por escrito a su apelación de nivel 2 se le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de manera muy parecida a los primeros 2 niveles. A continuación, se indica quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un **juez de derecho administrativo o un abogado litigante** que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones se da por finalizado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que aprobó el juez de derecho administrativo o abogado litigante **dentro de las 72 horas (o de 24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de conocer la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no darse por finalizado.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por finalizado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará la apelación y le comunicará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

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

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones se da por finalizado.** Debemos autorizar o brindar la cobertura de medicamentos que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (o de 24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de conocer la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no darse por finalizado.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por finalizado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud para revisar la apelación, en el aviso se le informará si las normas le permiten pasar a una apelación de nivel 5. También se le informará con quién debe comunicarse y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de nivel 5

Un juez del **tribunal federal de primera instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta* o se *rechaza* su solicitud. Esta respuesta es definitiva. No existen más niveles de apelación después de que pase por el tribunal federal de primera instancia.

Cómo presentar quejas

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

Sección 10.1 ¿Qué tipo de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso para presentar quejas *solo* se usa para determinados problemas, como problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se tratan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención médica que recibió (incluida la atención médica en el hospital)?
Respeto a su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguna persona le ha tratado de forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está conforme con nuestro Servicio al Cliente? • ¿Considera que se le está alentando a abandonar nuestro plan?

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

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para concertar una cita o ha tenido que esperar demasiado tiempo? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar demasiado tiempo? ¿Y qué hay de nuestro equipo de Servicio al Cliente u otros miembros del personal de nuestro plan? ◦ Algunos ejemplos incluyen esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o el consultorio, o esperar demasiado para adquirir un medicamento recetado.
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	• ¿No le entregamos un aviso que estábamos obligados a enviarle? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas se refieren a la <i>puntualidad</i> de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondimos lo suficientemente rápido, puede presentar una queja con respecto a nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y rechazamos su solicitud, puede presentar una queja. • Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos de las decisiones de cobertura o las apelaciones, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsar determinados servicios, artículos médicos o medicamentos que estaban aprobados, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con los plazos obligatorios para remitir su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

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

Sección 10.2 Cómo presentar una queja**Términos legales:**

Una **queja** también recibe el nombre de **queja formal**.

El acto de **presentar una queja** se denomina **presentar una queja formal**.

El acto de **usar el proceso para quejas** se denomina **usar el proceso para presentar una queja formal**.

Una **queja rápida** se denomina **queja formal acelerada**.

Paso 1: comuníquese inmediatamente, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Llamar a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele ser el primer paso.** Si hay algo más que debe hacer, Servicio al Cliente se lo hará saber.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede redactar su queja por escrito y enviárnosla.** Si redacta su queja por escrito, responderemos por el mismo medio.
- Le explicamos cómo funciona:
 - Para presentar una queja, llame a nuestro de Servicio al Cliente al 1-844-280-5555, envíela por fax al 1-405-280-5294 o por correo postal a la siguiente dirección: GlobalHealth Grievances and Appeals Unit, PO Box 2658, Oklahoma City, OK 73101.
 - Debe presentar su queja a más tardar 60 días calendario después del evento que dio lugar a la queja, y le daremos una respuesta tan pronto como lo exija su estado de salud, pero no más tarde de 30 días calendario a partir del día de la recepción, a menos que se otorgue una prórroga. Si el plan se concede a sí mismo una prórroga de 14 días en el plazo, se lo notificará por escrito.
 - Usted tiene derecho a presentar una queja acelerada (rápida) si ampliamos el plazo para tomar una decisión de cobertura. También puede presentar una queja acelerada si nos negamos a aceptar su solicitud de una decisión de cobertura o apelación acelerada. Cuando solicite una queja acelerada, le responderemos en un plazo de 24 horas. Si desea presentar una queja acelerada, puede llamarnos.
 - Tanto usted como su representante autorizado pueden presentar una queja. La persona que usted designe actuará como su “representante”. Puede ser un familiar, un amigo, un abogado, un médico o cualquier otra persona o proveedor que elija para que actúe en su nombre. Puede haber una persona que ya esté legalmente autorizada para actuar como su representante autorizado según las leyes estatales. Si desea que una persona en particular actúe en su nombre, pero aún no cuenta con autorización del tribunal o conforme a la ley estatal, llame a nuestro Servicio al Cliente y solicite el formulario para darle permiso a esa persona para actuar legalmente en su nombre. El formulario debe tener su firma y la de la persona que le gustaría que actúe en su nombre.
- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema que dio lugar a la queja.

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

Paso 2: analizamos su queja y le comunicamos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le contestaremos a la brevedad.** Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado.
- **La mayoría de las quejas se responden en el plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una prórroga, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque le denegamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, le concederemos automáticamente una queja rápida.** Si presenta una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja, o si no nos hacemos responsables del problema que es motivo de su queja, incluiremos nuestras razones cuando le comuniquemos la respuesta.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja es sobre *la calidad de la atención médica*, tiene otras 2 opciones:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad.** La Organización de Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos especializados y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga para que controlen y ayuden a mejorar la atención médica que reciben los pacientes de Medicare. En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja en simultáneo ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad y ante nosotros.**

Sección 10.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Generations Chronic Care (HMO C-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Cancelación de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Generations Chronic Care (HMO C-SNP) puede ser un hecho **voluntario** (por elección propia) o **involuntario** (por causas ajenas a su voluntad):

- Puede abandonar nuestro plan porque decide que *quiere* hacerlo. En las secciones 2 y 3 encontrará información sobre cómo finalizar su membresía de forma voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a dar por finalizada su membresía. En la sección 5 se explican las situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si planea abandonar nuestro plan, este deberá seguir brindándole atención médica y suministrándole sus medicamentos recetados y usted seguirá pagando su parte de los costos hasta que finalice la membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Usted puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta

Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan cada año durante el **período de inscripción abierta**. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos, y tome una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **El período de inscripción abierta va del 15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Opte por conservar su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos;
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado; o
 - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
 - Si elige esta opción y recibe Ayuda Adicional ("Extra Help"), Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigor el 1 de enero.

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted puede hacer *un* cambio en su cobertura de salud cada año durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El período de inscripción abierta de Medicare Advantage** va del 1 de enero al 31 de marzo; para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, este período va desde el mes en que adquieren derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de la entrada en vigor de dicho derecho.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, puede hacer lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage, con o sin cobertura de medicamentos.
 - Anular su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare al mismo tiempo.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de haberse inscrito en un plan Medicare Advantage diferente o después de que hayamos recibido su solicitud para cambiarse a Medicare Original. Si también opta por inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en ese plan comenzará el primer día del mes posterior a que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertos casos, puede finalizar su membresía durante un período de inscripción especial

En algunos casos, los miembros de Generations Chronic Care (HMO C-SNP) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para finalizar su membresía durante un período de inscripción especial si se produce alguna de las siguientes situaciones. Se incluyen a modo de ejemplo. Para obtener una lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o ingresar en www.Medicare.gov.

- En general, cuando se muda.
- Si tiene SoonerCare (Medicaid).
- Si reúne los requisitos para acceder a Ayuda Adicional ("Extra Help") para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si no cumplimos el contrato que tenemos con usted.
- Si recibe atención médica en una institución, como una residencia de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC por sus siglas en inglés).
- Si está inscrito en Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE Programa de Atención Integral para Personas Mayores).

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan

Nota: Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En la sección 10 del capítulo 5 encontrará más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Para averiguar si es elegible para acceder a un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar su cobertura de salud y de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir entre las siguientes opciones:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos;
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado; o
- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Generalmente, su membresía finalizará** el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.
- **Si recibe Ayuda Adicional ("Extra Help") de Medicare para pagar los costos de su cobertura de medicamentos:** Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo cancelar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- Obtenga información en el manual *Medicare y Usted 2026*.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

En el siguiente cuadro se explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que tiene que hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare.

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que tiene que hacer:
	• Su inscripción en Generations Chronic Care (HMO C-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
Medicare Original <i>con</i> un plan de medicamentos de Medicare por separado	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en Generations Chronic Care (HMO C-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan de medicamentos.
Medicare Original <i>sin</i> un plan de medicamentos de Medicare por separado.	• Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita información sobre cómo hacer esto. • También puede comunicarse con Medicare por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se dé de baja su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Generations Chronic Care (HMO C-SNP) se cancelará cuando comience la cobertura en Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience la nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga consultando a nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Siga usando nuestras farmacias de la red o el servicio de pedido por correo para surtir sus recetas médicas.**
- **Si se encuentra hospitalizado el día que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá dicho servicio hasta que le den de alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Generations Chronic Care (HMO C-SNP) debe finalizar la membresía en nuestro plan en algunos casos

Generations Chronic Care (HMO C-SNP) debe finalizar su membresía en nuestro plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no cuenta con Medicare Parte A ni Medicare Parte B;
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio;
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses:
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan;
- Si no cumple con los requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan;
 - Si su proveedor no verifica un diagnóstico de enfermedad cardiovascular, arritmia cardíaca, trastorno tromboembólico venoso crónico, enfermedad arterial coronaria, infarto de miocardio, enfermedad vascular periférica, enfermedad de las válvulas, cardíacas insuficiencia, cardíaca crónica (CHHF), diabetes mellitus;
 - Si se encuentra dentro del período de un mes de elegibilidad continua presunta de nuestro plan, seguiremos brindándole todos los beneficios cubiertos por el plan. Sin embargo, su membresía terminará después del período de gracia. Le enviaremos un aviso para informarle sobre el final de su membresía y otras opciones de cobertura. Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711)
- Si le encarcelan (va a prisión);
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o residente legal;
- Si miente u oculta información sobre otro seguro con cobertura de medicamentos recetados que pueda tener;
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para participar en nuestro plan (no podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo sin primero obtener permiso de Medicare);
- Si continuamente se comporta de manera inapropiada y esto dificulta que podamos brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan (no podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo sin primero obtener permiso de Medicare);
- Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para obtener atención médica (no podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo sin primero obtener permiso de Medicare);
 - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el inspector general investigue su caso.

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan

- Si tiene que pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud, a menos que ya no tenga una afección médica necesaria para inscribirse en Generations Chronic Care (HMO C-SNP).

En la mayoría de los casos, Generations Chronic Care (HMO C-SNP) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. La única vez que se permite hacer esto es si usted ya no tiene la afección médica necesaria para inscribirse en Generations Chronic Care (HMO C-SNP).

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que se le pide que abandone nuestro plan debido a un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si 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.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

CAPÍTULO 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones que crearon los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) conforme a dicha ley. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertos casos, las leyes del estado en el que vive. Esto puede repercutir en sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen o no se explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, antecedentes de reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben respetar las leyes federales contra la discriminación, incluido el título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, el inciso 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que obtienen fondos federales y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes acerca de la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos** al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llámenos a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema de accesibilidad en silla de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudarle.

GlobalHealth, Inc. cumple con todos los derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad (incluido el dominio limitado del inglés y la lengua materna), sexo (de acuerdo con el alcance de la discriminación sexual que se contempla en el inciso 92.101[a][2]), edad ni discapacidad.

GlobalHealth, Inc.:

- Ofrece modificaciones razonables para las personas con discapacidades y recursos de apoyo y servicios auxiliares adecuados que incluyen los siguientes:
 - Intérpretes calificados para personas con discapacidades.

CAPÍTULO 11: Avisos legales

- Información en formatos alternativos, como braille o letra grande, sin cargo y de forma oportuna, cuando se necesitan dichas modificaciones, recursos de apoyo y servicios para garantizar la accesibilidad y las oportunidades equitativas para la participación de las personas con discapacidades.
- Ofrece servicios de asistencia lingüística, incluida la traducción de documentos electrónicos y escritos y la interpretación oral, sin cargo y de forma oportuna, cuando dichos servicios son una medida razonable para brindar acceso significativo a personas con dominio limitado del inglés.

Si necesita modificaciones razonables, recursos de apoyo y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el Servicio al Cliente de GlobalHealth al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo). Del 1 de octubre al 31 de marzo, los horarios de atención son de lunes a domingos de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los horarios de atención son de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si considera que no le brindamos estos servicios o le discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, nuestro coordinador de la sección 1557 está disponible para ayudarlo. Puede presentar una queja formal en persona, por correo postal, fax o correo electrónico:

Dirección postal:	GlobalHealth Section 1557 Coordinator P.O. Box 2658 Oklahoma City, OK 73101-2658
Número de teléfono:	1-844-280-5555 (llamada sin cargo) De 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
Número TTY:	711
Número de fax:	405-280-5294
Correo electrónico:	section1557coordinator@globalhealth.com

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, 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:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building

CAPÍTULO 11: Avisos legales

Washington, DC 20201

[1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019), [800-537-7697](tel:800-537-7697) (TDD por sus siglas en inglés)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

Este aviso está disponible en nuestra página web: www.globalhealth.com.

SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios con cobertura de Medicare de los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el título 42 del CFR, incisos 422.108 y 423.462, Generations Chronic Care (HMO C-SNP), como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el ministro conforme a las regulaciones de los CMS en los subincisos B a D de la parte 411 del título 42 del CFR y las normas contempladas en esta sección prevalecen sobre cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Protecciones al denunciar sospechas de fraude, despilfarro o abuso

Según las reglas de nuestro plan, usted tiene derecho a estar libre de cualquier forma de encierro físico o aislamiento que se utilice como medio de coerción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia. Tiene derecho a no ser descuidado, intimidado, abusado física o verbalmente, maltratado o explotado. También tiene derecho a ser tratado con consideración, respeto y pleno reconocimiento de su dignidad, privacidad e individualidad.

No podemos negarle servicios ni castigarlo por ejercer sus derechos. El ejercicio de sus derechos no afectará negativamente la forma Generations Chronic Care (HMO C-SNP) en que sus proveedores o CMS le brindan u organizan la prestación de servicios.

Protecciones al denunciar sospechas de fraude, abuso o malgasto (“Protecciones para denunciantes”)

GlobalHealth, Inc. cumple con las regulaciones federales y estatales que establecen que cualquier persona y/o entidad debe informar cualquier sospecha de fraude, abuso y/o desperdicio identificado contra el Programa Medicare y/o Medicaid. Al cumplir con las regulaciones federales y estatales, GlobalHealth, Inc. protege a cualquier persona de cualquier tipo de represalia que informe de buena fe una sospecha de fraude, abuso y/o desperdicio.

Es importante que denuncie ante sobre GlobalHealth, Inc. cualquier situación en la que sus servicios de atención médica se vean afectados o puedan verse afectados debido a la identificación y/o el informe de cualquier sospecha de fraude, abuso GlobalHealth, Inc. y/o desperdicio a cualquier agencia federal y/o local. La sospecha de fraude, malgasto y/o abuso puede ser cualquier servicio facturado por un proveedor a usted GlobalHealth, Inc. y/o a usted que no se haya recibido, entre otros esquemas que considere sospechosos.

CAPÍTULO 11: Avisos legales

Denuncias ante GlobalHealth, Inc.

Recuerde que puede informar cualquier situación real o potencial sobre incumplimiento, explotación financiera, fraude, abuso o despilfarro a través de nuestras líneas de informes confidenciales de ACTright: **Línea directa de ACTright** (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana) al [1-877-627-0004](tel:1-877-627-0004) o usando la línea de informes web globalhealth.ethicspoint.com

CAPÍTULO 12:

Definiciones

CAPÍTULO 12: Definiciones

Centro de cirugía ambulatoria: una entidad que funciona exclusivamente con el fin de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no precisan una hospitalización y cuya estancia esperada en el centro no supera las 24 horas.

Apelación: una medida que toma cuando no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o de medicamentos recetados, o del pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente un monto mayor a los costos compartidos permitidos de nuestro plan. Como miembro del plan Generations Chronic Care (HMO C-SNP), solo debe pagar los montos de costos compartidos de nuestro plan cuando obtiene servicios que éste cubre. No permitimos que los proveedores hagan **facturaciones del saldo** ni que le cobren más del monto de costo compartido que nuestro plan indica que usted debe pagar.

Período de beneficios: la forma en la que tanto nuestro plan como Medicare Original miden el uso que usted hace de los servicios de centros de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un centro de enfermería especializada una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.

Producto biológico: un medicamento recetado que está hecho de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares (consulte “**Producto biológico original**” y “**Producto biosimilar**”).

Producto biosimilar: producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son igual de seguros y eficaces que el producto biológico original. Algunos productos biosimilares pueden sustituir el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de presentar una nueva receta médica (consulte “**Producto biosimilar intercambiable**”).

Medicamento de marca: un medicamento recetado que fabrica y vende la empresa farmacéutica que originalmente llevó a cabo la investigación y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, otros fabricantes de medicamentos producen y venden los medicamentos genéricos que, en general, no están disponibles hasta que vence la patente del medicamento de marca.

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o terceros calificados en su nombre) gastó \$2,100 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos según nuestro beneficio mejorado.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés): la agencia federal que administra a Medicare.

Chronic-Care Plan de Necesidades Especiales (C-SNP): los C-SNP son planes de necesidades especiales (SNP) que limitan la inscripción a personas elegibles para MA con enfermedades graves y crónicas específicas.

Coseguro: un monto expresado en porcentaje (por ejemplo, 20%) que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los servicios y los medicamentos recetados.

Queja: el nombre formal que se usa para referirse a la presentación de una queja es **presentar una queja formal**. El proceso de quejas *solo* se usa para determinados tipos de problemas, como problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe, así como las quejas si nuestro plan no cumple con los plazos del proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF por sus siglas en inglés): un centro que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios para patologías del habla y el lenguaje, y servicios para evaluar las condiciones del hogar.

Copago: un monto que quizá deba pagar como su parte del costo por un servicio o insumo médico, como una consulta al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), no un porcentaje.

Costo compartido: hace referencia a los montos que debe pagar el miembro por los medicamentos o servicios recibidos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) cualquier monto deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; 2) cualquier monto de copago fijo que un plan exija cuando se obtiene un servicio o medicamento específico; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total que se pagó por un servicio o medicamento, que un plan exija cuando se obtiene un servicio o medicamento específico.

Categoría de costo compartido: cada medicamento incluido en la lista de los 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 el costo que le corresponde pagar a usted por el medicamento.

Determinación de cobertura: una decisión respecto de si nuestro plan cubre un medicamento recetado y del monto, si corresponde, que usted debe pagar por el medicamento. En general, si lleva la receta médica a una farmacia y allí le dicen que nuestro plan no cubre el medicamento recetado, eso no se considera una determinación de cobertura. Tiene que llamar o enviar una carta a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan decisiones de cobertura.

Medicamentos cubiertos: es el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para referirnos a todos los servicios de atención médica y los suministros que cubre nuestro plan.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: se trata de la cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para participar en Medicare, por lo general, pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidados básicos: los cuidados personales que recibe en una residencia de ancianos, un centro de cuidados paliativos u otro centro cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. Los cuidados básicos están a cargo de personas sin capacitación ni habilidades profesionales e incluye la ayuda para actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, meterse a la cama y salir de ella o subirse y bajarse de la silla, desplazarse e ir al baño. También puede incluir el cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por su cuenta, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no cubre los cuidados básicos.

Servicio al Cliente: un departamento dentro de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, las quejas formales y las apelaciones.

Tasa diaria de costos compartidos: esta tasa puede aplicarse cuando el médico le receta menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. La tasa diaria de costos compartidos equivale al copago dividido entre la cantidad de días en el suministro de un mes. Por ejemplo: si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y un suministro de un mes en nuestro plan es de 30 días, entonces la tasa diaria de costos compartidos es de \$1 por día.

Deducible: el monto que usted debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que el plan pague su parte.

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: es el proceso por el que se da por finalizada su membresía en nuestro plan.

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo por surtir una receta médica, como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y envasar el medicamento.

Dual Eligible Plans de Necesidades Especiales (D-SNP): en los D-SNP, se inscribe a personas que tienen derecho a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) y a la asistencia médica de un plan estatal conforme a Medicaid (título XIX). Hay algunos estados que cubren algunos costos de Medicare, según la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y de Medicaid.

Equipo médico duradero (DME por sus siglas en inglés): es un término que se usa para referirse a ciertos equipos médicos que indica un profesional médico para fines médicos. Entre ellos, se incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas para infusión IV, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar.

CAPÍTULO 12: Definiciones

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 que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si está cursando un embarazo, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o bien la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una dolencia que empeora rápidamente.

Atención médica de emergencia: servicios cubiertos que tienen las siguientes características: (1) están a cargo de un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC por sus siglas en inglés) e información de divulgación: hace referencia a este documento, junto con el formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, en los que se explica su cobertura, nuestras responsabilidades, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no figura en nuestro formulario (una excepción al formulario) o uno no preferido en una categoría inferior de costos compartidos (una excepción de categoría). También puede solicitar una excepción si nuestro plan exige que pruebe otro medicamento antes de obtener el que está solicitando; si exige una autorización previa y usted desea que eliminemos esa restricción; o si limita la cantidad o la dosis del medicamento solicitado (lo que se conoce como una excepción al formulario).

Ayuda Adicional ("Extra Help"): un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por la FDA que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico actúa del mismo modo que un medicamento de marca y, por lo general, es menos costoso.

Queja formal: un tipo de queja que usted presenta en relación con nuestro plan, los proveedores o las farmacias e incluye una queja sobre la calidad de la atención médica que recibe. Esto no incluye disputas sobre cobertura o pagos.

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO por sus siglas en inglés): un tipo de plan de seguro médico que brinda atención médica a sus miembros a través de redes de médicos y hospitales.

Asistente del servicio de atención médica domiciliaria: una persona que presta servicios para los que no se necesitan las habilidades de un miembro del personal de enfermería o terapeuta autorizado, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, para bañarse, ir al baño, vestirse o hacer ejercicios que indican los médicos).

Centro de cuidados paliativos: un beneficio que le brinda tratamiento especial a un miembro con diagnóstico médico confirmado de enfermedad terminal, es decir, con una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe facilitarle una lista de centros de cuidados paliativos

CAPÍTULO 12: Definiciones

en su área geográfica. Si opta por un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, seguirá siendo miembro de nuestro plan. También seguirá teniendo derecho a todos los servicios necesarios por razones médicas, así como a los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: hace referencia a la estancia en el hospital cuando se le admite formalmente para recibir servicios médicos especializados. Aunque permanezca en el hospital durante toda la noche, es posible que se le considere un paciente ambulatorio.

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA por sus siglas en inglés): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años supera cierto monto, deberá pagar el monto estándar de la prima más un ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se suma a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas por este monto, por lo que la mayoría de ellas no pagarán una prima más alta.

Etapas de cobertura inicial: la etapa previa a que los gastos de su bolsillo del año alcancen el monto límite establecido.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible para Medicare por primera vez, este es el plazo en que puede inscribirse en Medicare Parte A y Medicare Parte B. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes de su cumpleaños, incluye ese mes y finaliza 3 meses después.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de presentar una nueva receta médica, ya que cumple con requisitos adicionales que permiten la sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de los medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos): lista de los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS por sus siglas en inglés): consulte la sección de Ayuda Adicional (“Extra Help”).

Programa de descuentos del Manufacturero: un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos y productos biológicos de marca cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Cantidad máxima que paga de su bolsillo: el pago máximo que puede hacer de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Los montos que usted pague por las primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B y los medicamentos recetados no cuentan para el cálculo de la cantidad máxima de gastos de bolsillo.

Medicaid (o Asistencia Médica): programa conjunto federal y estatal que ayuda a cubrir los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de

CAPÍTULO 12: Definiciones

Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de la atención médica tienen cobertura si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid.

Indicación aceptada por razones médicas: el uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o tiene el aval de ciertas referencias, como la información farmacológica de American Hospital Formulary Service y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

Medicamento necesario: los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica y cumplen con normas aceptadas de la práctica médica.

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

Período de inscripción abierta en Medicare Advantage: el período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si opta por cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta en Medicare Advantage también está disponible durante un plazo de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para tener Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA por sus siglas en inglés): también conocido como Medicare Parte C. Es un plan que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser (i) un plan HMO, (ii) un plan PPO, (iii) un plan Pago por Servicio Privado (PFFS por sus siglas en inglés) o (iv) un plan Cuenta de Ahorros Médicos (MSA por sus siglas en inglés) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP por sus siglas en inglés). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios con cobertura de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que cubren Medicare Parte A y Medicare Parte B. El término “servicios cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, como los dentales, de la vista o de la audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas que se inscriben en nuestro plan. El término incluye todos los planes Medicare Advantage, los Cost Plans de Medicare, los Plan de Necesidades Especiales, los programas de demostración o piloto y los Programas de Atención Integral para Personas Mayores (PACE por sus siglas en inglés).

CAPÍTULO 12: Definiciones

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): se trata de un seguro que le ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que Medicare Parte A o Medicare Parte B no cubren.

Programa Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM por sus siglas en inglés): un programa de Medicare Parte D para necesidades de salud complejas que se ofrece a personas que cumplen con ciertos requisitos o que participan en un Programa de Control de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Póliza de Medigap (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare que venden las compañías de seguro privadas para cubrir los *períodos sin cobertura* de Medicare Original. Las pólizas de Medigap solo pueden usarse con Medicare Original (el plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): es una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés).

Farmacia de la red: es una farmacia con un contrato con nuestro plan donde los miembros del plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que hace referencia a médicos, otros profesionales de cuidado de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que cuentan con la autorización o la certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar el pago que les hacemos como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también pueden denominarse **proveedores del plan**.

Período de inscripción abierta: el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos o pasarse a Medicare Original.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan en cuanto a si se cubren los artículos o servicios o cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura.

Producto biológico original: un producto biológico que tiene la aprobación de la FDA y sirve de comparación para los fabricantes que producen una versión biosimilar. También se lo conoce como producto de referencia.

Medicare Original (Medicare tradicional o Fee-for-Service Medicare): un plan que ofrece el gobierno y no un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren mediante

CAPÍTULO 12: Definiciones

el pago a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica según los montos establecidos por el Congreso. Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la parte que le corresponde. Medicare Original tiene 2 partes, la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico,) y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o suministrar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están contratados, no pertenecen ni son operados por nuestro plan.

Costos de su bolsillo: consulte la definición anterior de costos compartidos. El requisito de costos compartidos por el que un miembro debe pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina “requisito de los costos de su bolsillo del miembro”.

Límite de costos de su bolsillo: la cantidad máxima que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE: un plan del Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE por sus siglas en inglés) en el que se combinan servicios médicos, sociales y de atención y acompañamiento a largo plazo (LTSS), y está destinado a ayudar a que personas débiles continúen siendo independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan.

Parte C: el plan Medicare Advantage (MA por sus siglas en inglés).

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden tener cobertura. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: monto que se añade a la prima mensual del plan para la cobertura de medicamentos de Medicare si permanece sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Costo compartido preferido: implica un menor costo compartido para determinados medicamentos de la Parte D en ciertas farmacias de la red.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Prima: el pago periódico que se hace a Medicare, a una compañía de seguro o a un plan de salud por la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento sea más eficaz (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas antigripales y mamografías de detección).

Proveedor de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés): el médico u otro proveedor al que consulta primero para abordar la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de Medicare, debe consultar al proveedor de atención primaria antes de a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación anticipada para recibir servicios o determinados medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos para los que se necesita una autorización previa se indican en el Tabla de Beneficios Médicos incluido en el capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa aparecen marcados en el formulario y los criterios en los que nos basamos están publicados en nuestro sitio web.

Aparatos ortopédicos y ortesis: son dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades y ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del organismo, como suministros para ostomía y tratamiento nutricional enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO por sus siglas en inglés): un grupo de médicos especializados y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga para que controlen y ayuden a mejorar la atención médica que reciben los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: un portal o una aplicación informática en donde los miembros pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada, específica del miembro y sobre los beneficios y el formulario. Esto incluye los montos de los costos compartidos, los medicamentos alternativos del formulario que se pueden usar para tratar la misma afección médica que un medicamento específico y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Remisión: una orden por escrito del médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: un medicamento que cubre la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Área de servicio: un área geográfica en la que debe vivir para poder inscribirse en un plan de salud en particular. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, por lo general, también se trata del área donde puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF por sus siglas en inglés): la atención de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación que se reciben de manera continua, todos los días, en un centro enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo un enfermero registrado o un médico pueden administrar.

Período de inscripción especial: un período determinado en el que los miembros pueden cambiarse de plan de salud o de medicamentos o volver a Medicare Original. Los casos en los que usted puede ser elegible para un hacer uso del período de inscripción especial incluyen si se muda fuera del área de servicio, si es beneficiario de Ayuda Adicional (“Extra Help”) para cubrir sus costos de medicamentos recetados, si se muda a una residencia de ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan de Necesidades Especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada en grupos de personas específicos, por ejemplo, quienes tienen Medicare y Medicaid, quienes viven en una residencia de ancianos o quienes tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Costos compartidos estándar: aquellos costos compartidos que no son los costos compartidos preferidos que ofrece una farmacia de la red.

Terapia escalonada: una herramienta de evaluación del uso que le exige primero probar otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que el médico pudo haber recetado inicialmente.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia se considera servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias en que se encuentra, recibir este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son los que se prestan en caso de enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. No se considera que las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) sean de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.



Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y de servicios de ayuda auxiliares

English: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-844-280-5555 (TTY 711).

Español: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También se encuentran disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-844-280-5555 (TTY 711).

Chinese: 如果您會說中文，我們可以為您提供免費語言幫助服務。也免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打 1-844-280-5555 (TTY 711)。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang naaangkop na mga pantulong na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-280-5555 (TTY 711).

French: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-844-280-5555 (TTY 711).

Vietnamese: Nếu bạn nói tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-844-280-5555 (TTY 711).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Auch entsprechende Hilfsmittel und Services zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-844-280-5555 (TTY 711) an.

Korean: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 지원 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-844-280-5555 (TTY 711) 로 전화하세요.

Russian: Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой помощи. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по номеру 1-844-280-5555 (TTY 711).

Arabic: إذا كنت تتحدث العربية ، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. تتوفر المساعدات والخدمات المساعدات المناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل بالرقم 1-844-280-5555 (TTY 711).

Italian: Se parli italiano, sono a tua disposizione servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-844-280-5555 (TTY 711).

Portuguese: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Também estão disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-844-280-5555 (TTY 711).

French Creole: Si w pale kreyòl franse, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib yo disponib tou gratis. Rele 1-844-280-5555 (TTY 711).

Polish: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Odpowiednie pomoce pomocnicze i usługi umożliwiające dostarczanie informacji w przystępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-844-280-5555 (TTY 711).

Hindi: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक एड्स और सेवाएं भी निः शुल्क उपलब्ध हैं। कॉल 1-844-280-5555 (TTY 711).

Japanese: 日本語を話せる場合は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブルな形式で情報を提供するための適切な補助援助やサービスも無料で利用できます。 1-844-280-5555 (TTY 711) に電話します。

Servicio al Cliente de Generations Chronic Care (HMO C-SNP)

Método	Servicio al Cliente - Información de contacto
Llamada	1-844-280-5555 (llamada sin cargo) 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) El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos 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
Correo postal	GlobalHealth, Inc. P.O. Box 1747 Oklahoma City, OK 73101
Sitio web	www.globalhealth.com

Seguro Médico Estatal Programa de Asesoramiento (SHIP de Oklahoma)

Seguro Médico Estatal Programa de Asesoramiento es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito y a nivel local sobre seguros médicos a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
Llamada	1-800-763-2828
Correo postal	State Health Insurance Counseling Program 400 NE 50th Street Oklahoma City, OK 73105
Sitio web	https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/

Declaración de Divulgación en virtud de la ley PRA Según la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que en esta figure un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) válido. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.