

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

Evidencia de cobertura:

Beneficios y servicios médicos que le ofrece la Parte B de Medicare, y la cobertura de medicamentos con receta como miembro de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)

Este folleto le brinda los detalles de atención médica y la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022. Le explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos con receta que usted necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), es ofrecido por Denver Health Medical Plan, Inc. (DHMP). (En los lugares en que se habla de “nosotros”, “a nosotros”, o “nuestro” en esta *Evidencia de cobertura*, se hace referencia a Denver Health Medical Plan, Inc. [DHMP]. En los lugares en que se habla de “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Elevate Medicare Choice [HMO D-SNP]).

El presente documento está disponible sin costo en español.

Comuníquese con el número de los Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o realice una llamada gratuita al 1-877-956-2111 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, letras grandes u otros formatos alternativos.

Es posible que los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/coseguros cambien el 1 de enero de 2023.

El *Formulario de medicamentos*, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Denver Health Medical Plan, Inc. es un plan HMO aprobado por Medicare. La inscripción en Denver Health Medical Plan depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un contrato por escrito con el Programa Colorado Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.

H5608_001EOCSP22v2_C

Índice**Evidencia de cobertura 2022****Índice**

Esta lista de capítulos con los números de página es su punto de inicio. Si necesita más ayuda para encontrar la información que necesita, vaya a la primera página de un capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1. Introducción para miembros	5
Explica qué significa pertenecer a un plan de salud de Medicare y cómo utilizar este folleto. Explica sobre los materiales que le enviaremos, la prima del plan, la tarjeta de membresía del plan y cómo mantener al día su registro de membresía.	
Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes	21
Le indica cómo ponerse en contacto con nuestro plan (Elevate Medicare Choice [HMO D-SNP]) y con otras organizaciones que incluyen Medicare, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el Programa Estatal de Seguro de Salud para Personas con Bajos Ingresos), los programas para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos con receta y la Junta de Retiro Ferroviario.	
Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos	39
Explica aspectos importantes que debe saber sobre cómo obtener cobertura de atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención cuando tiene una emergencia.	
Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).....	56
Proporciona detalles sobre qué tipos de atención médica tiene cubiertos y cuáles <i>no</i> tiene cubiertos como miembro de nuestro plan. Explica cuánto pagará como la parte que le corresponde a usted por la atención médica cubierta.	
Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D	111
Explica las reglas que debe seguir cuando obtiene los medicamentos de la Parte D. Indica cómo utilizar la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos)</i> del plan para saber cuáles medicamentos están cubiertos. Indica qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos	

Índice

medicamentos. Explica dónde obtener los medicamentos con receta. Informa sobre los programas del plan relacionados con la seguridad y el manejo de las medicaciones.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D 135

Explica las cuatro etapas (Etapas de deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa de brecha de cobertura, Etapa de cobertura catastrófica) y cómo estas etapas afectan al monto que usted paga por los medicamentos. Explica los cuatro niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D e indica lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos 153

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiera solicitarnos que le devolvamos nuestra parte del costo por los servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 160

Explica los derechos y responsabilidades que usted tiene como miembro de nuestro plan. Indica qué puede hacer si piensa que no se han respetado sus derechos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 172

Le indica, paso por paso, qué hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo hacer apelaciones si está teniendo inconvenientes para recibir atención médica o medicamentos con receta que usted cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a la regla o restricciones adicionales en su cobertura por medicamentos con receta, y solicitarnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si piensa que su cobertura finalizará demasiado pronto.
- Explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan 238

Explica cuándo y cómo puede cancelar su membresía en el plan. Indica las situaciones en las que nuestro plan se ve obligado a cancelar su membresía.

Índice

Capítulo 11. Avisos legales 249

Incluye avisos sobre la ley vigente y sobre la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 257

Explica los términos clave que se utilizan en este folleto.

CAPÍTULO 1

Introducción para miembros

Capítulo 1. Introducción para miembros**Capítulo 1. Introducción para miembros**

SECCIÓN 1	Introducción	7
Sección 1.1	Usted está inscrito en Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), un plan especializado de Medicare Advantage (plan para necesidades especiales).....	7
Sección 1.2	¿De qué se trata el folleto de <i>Evidencia de cobertura</i> ?.....	8
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	8
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	9
Sección 2.1	Requisitos de elegibilidad	9
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?	9
Sección 2.3	¿Qué es Medicaid?	10
Sección 2.4	Esta es el área de servicio del plan Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).....	10
Sección 2.5	Ciudadano estadounidense o con presencia legal	11
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales recibirá de nuestra parte?	11
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía: Utilícela para obtener la atención y los medicamentos con receta cubiertos.....	11
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores</i> : Su guía de todos los proveedores de la red del plan.....	12
Sección 3.3	El <i>Directorio de farmacias</i> : Su guía de las farmacias que forman parte de nuestra red	12
Sección 3.4	La <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos)</i> del plan.....	13
Sección 3.5	La <i>Explicación de beneficios</i> de la <i>Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos que se realizan por los medicamentos con receta de la <i>Parte D</i>	13
SECCIÓN 4	Su prima mensual de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).....	14
Sección 4.1	¿Cuánto cuesta la prima del plan?.....	14
Sección 4.2	Hay varias maneras de pagar la prima del plan	16
Sección 4.3	¿Podemos cambiar la prima mensual del plan durante el año?	17
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	17
Sección 5.1	Cómo asegurarse de que tengamos la información correcta sobre usted.....	17
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información médica personal	18
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información médica esté protegida.....	18

SECCIÓN 7	¿Cómo funciona la cobertura si tiene otro seguro y nuestro plan?	18
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?	18

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), un plan especializado de Medicare Advantage (plan para necesidades especiales)
--------------------	---

Usted cuenta con cobertura tanto de parte de Medicare como de Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años de edad o mayores, para algunas personas menores de 65 años de edad con algunas discapacidades y para personas con enfermedad renal en fase terminal (insuficiencia renal).
- **M Medicaid** es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a determinadas personas con ingresos y recursos limitados a pagar sus costos médicos. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de cobertura de Medicaid que usted tenga. Algunas personas con Medicaid obtienen ayuda para pagar las primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura por servicios adicionales y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Eligió Medicare para obtener cobertura de medicamentos con receta y de atención médica a través de nuestro plan, Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).

Hay diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) es un plan especializado de Medicare Advantage (un “plan para necesidades especiales” de Medicare), lo cual significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades de atención médica especiales. Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia a través de Medicaid.

Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid con sus costos compartidos de la Parte A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no tenga que pagar nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también le puede proporcionar otros beneficios, cubriendo los servicios de atención médica que normalmente no están cubiertos por Medicare. También recibirá "Extra Help" (Ayuda adicional) de Medicare para pagar los costos de los medicamentos con receta de Medicare. Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) le ayudará a administrar todos estos beneficios, para que reciba los servicios de atención médica y la asistencia de pago que le correspondan.

Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) funciona bajo el mando de una organización sin fines de lucro. Como todos los planes Medicare Advantage, este plan para necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el Programa Colorado Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle la cobertura de atención médica de Medicare, que incluye la cobertura de medicamentos con receta.

La cobertura con este plan califica como cobertura médica calificadora (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act, ACA) y Protección del Paciente. Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Capítulo 1. Introducción para miembros

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

Este folleto de *Evidencia de cobertura* le informa cómo recibir la cobertura Medicare en la atención médica y los medicamentos con receta a través de nuestro plan. Este folleto le explica cuáles son sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención médica, a los servicios y a los medicamentos con receta que tendrá disponibles como miembro de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).

Es importante que usted aprenda cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que dedique un tiempo para leer el folleto de *Evidencia de cobertura*.

Si la información le resulta confusa, le surgen inquietudes o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios del Plan de Salud de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura***Forma parte de nuestro contrato con usted**

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte del contrato que tenemos con usted respecto de cómo Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos)*, y los avisos que le enviamos sobre los cambios en la cobertura o en las condiciones que afectan la cobertura. Estos avisos suelen denominarse “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato está en vigencia durante los meses en que usted esté inscrito en Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2022. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [Centers for Medicare & Medicaid Services]) debe aprobar el plan Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) cada año. Usted puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare vuelva a aprobar el plan.

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

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad
--

Usted es elegible para la membresía de nuestro plan siempre que reúna los siguientes requisitos:

- Usted tiene la Parte A y la Parte B de Medicare (la sección 2.2 le informa sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- *Además*, vive en nuestra área geográfica de servicios (en la sección 2.4, que se encuentra a continuación, se describe nuestra área de servicio).
- *Además*, usted es un ciudadano estadounidense o tiene presencia legal en los Estados Unidos.
- *Además*, cumple con los requisitos especiales de elegibilidad descritos a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para ser miembro de nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a determinadas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos). Para ser elegible para obtener el plan usted debe ser elegible para recibir los beneficios completos de Medicare y Medicaid.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad pero razonablemente se puede esperar que recupere la elegibilidad dentro de los 6 meses, entonces usted seguirá siendo elegible para obtener la membresía de nuestro plan (la sección 2.1 del capítulo 4 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un período que se considera de elegibilidad continua).

Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?

En un principio, cuando se inscribió en Medicare, usted recibió información sobre qué servicios estaban cubiertos bajo la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir los servicios proporcionados por hospitales (para servicios para pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de atención domiciliaria).
- La Parte B de Medicare se utiliza para la mayoría de los otros servicios médicos (como los servicios que prestan los médicos, la terapia de infusión domiciliaria u otros servicios para pacientes ambulatorios) y para ciertos artículos (como el equipo médico durable [durable medical equipment, DME] y los suministros).

Capítulo 1. Introducción para miembros**Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?**

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con costos de atención médica y de atención a largo plazo a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué se considera como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa siempre que respeten las pautas federales.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid, que ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, como por ejemplo, las primas. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Medicaid paga las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas que son QMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Permite pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).

Sección 2.4 Esta es el área de servicio del plan Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)

Aunque Medicare es un programa federal, Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) permite a los miembros que se mudan al condado de Arapahoe después de inscribirse continuar su inscripción en el plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Colorado: Adams, Denver y Jefferson.

Si piensa mudarse fuera del área de servicio, póngase en contacto con Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social si se muda o cambia su domicilio postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la sección 5 del capítulo 2.

Sección 2.5 Ciudadano estadounidense o con presencia legal

Los miembros de un plan de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o tener una presencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [Centers for Medicare & Medicaid Services]) le notificará a Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) si usted no es elegible para continuar siendo miembro según este requisito. Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) tiene la obligación de cancelar la inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nuestra parte?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía: Utilícela para obtener la atención y los medicamentos con receta cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía de nuestro plan cada vez que reciba servicios cubiertos por el plan y que obtenga medicamentos con receta en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. La siguiente es una tarjeta de membresía como ejemplo para mostrarle el aspecto que tendrá la suya:

ELEVATE MEDICARE CHOICE (HMO D-SNP)

Card Issued:
Member Name:
Member ID #:
Group Plan: 84131
Group #:

MedImpact
RxBIN: 015574
RxPCN: ASPROD1
RxGrp: DHM01
Rx ID #:

ELEVATE MEDICARE ADVANTAGE
Denver Health Medical Plan Inc.

MedicareRx
Prescription Drug Coverage
CMS-H5608-001

In case of emergency, call 911 or go to the nearest hospital emergency room. This card does not prove membership or guarantee coverage.

Health Plan Services
1-877-956-2111
TTY: 711

Dental Provider
Delta Dental/Auths:
1-800-610-0201
Group #: R0009-00001

NurseLine
303-739-1261

Pharmacy Providers
Rx Help Desk/Auths:
303-602-2070
MedImpact Help Desk:
1-877-391-9291

denverhealthmedicalplan.org
Denver Health Medical Plan, Inc. • Attn: Claims Department
P.O. Box 24992 • Seattle, WA 98124-0992 • EDI Payer ID: 84-131

NO utilice su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para recibir los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro del presente plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), es posible que deba pagar el costo completo de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que deba mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios del centro de cuidados paliativos o para participar en estudios rutinarios de investigación.

Aquí le decimos por qué es tan importante: si recibe los servicios cubiertos y utiliza la tarjeta de Medicare roja, blanca y azul en lugar de utilizar su tarjeta de membresía de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) mientras es miembro del plan, es posible que deba pagar el costo completo.

Capítulo 1. Introducción para miembros

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, comuníquese de inmediato con Servicios del Plan de Salud y le enviaremos una nueva. (Los números de teléfono de Servicios del Plan de Salud están impresos en la contraportada de este folleto).

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

El *Directorio de proveedores* tiene una lista de los proveedores de la red.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros por el cual aceptan nuestro pago y todos los costos compartidos del plan como pago completo. Tenemos un acuerdo con estos proveedores para que brinden los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web: www.denverhealthmedicalplan.org.

¿Por qué necesita saber cuáles son los proveedores que forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, con excepciones limitadas, mientras sea un miembro de nuestro plan debe utilizar los proveedores de la red para recibir los servicios y la atención médica. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de atención urgente y necesaria cuando nuestra red no está disponible (generalmente cuando usted está fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura en caso de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si desea obtener más información sobre los proveedores de la red (e incluso sus experiencias profesionales), puede solicitarla a Servicios del Plan de Salud. También puede consultar el *Directorio de proveedores* en www.denverhealthmedicalplan.org/find-doctor, o descargarlo desde el sitio web. Tanto los Servicios del Plan de Salud como el sitio web le pueden brindar la información más actualizada sobre modificaciones en los proveedores de la red.

Sección 3.3	El Directorio de farmacias: Su guía de las farmacias que forman parte de nuestra red
--------------------	---

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado suministrar los medicamentos con receta cubiertos a nuestros miembros del plan.

Capítulo 1. Introducción para miembros

¿Por qué necesita saber sobre las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Un *Directorio de farmacias* actualizado se encuentra en nuestro sitio web: www.denverhealthmedicalplan.org/medicare-pharmacy-directory. También puede comunicarse con Servicios del Plan de Salud para obtener información actualizada de los proveedores o puede solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*. **Revise el *Directorio de farmacias 2022* para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia en Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Puede llamar en cualquier momento a Servicios del Plan de Salud para recibir información actualizada sobre modificaciones en la red de farmacias. También puede buscar esta información en nuestro sitio web: denverhealthmedicalplan.org.

Sección 3.4	La <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos)</i> del plan
--------------------	--

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos)*. La llamamos “*Lista de medicamentos*” para abreviar. Indica qué medicamentos con receta están cubiertos por Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP). El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare y Medicaid. Medicare y Medicaid aprobaron la *Lista de medicamentos* de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).

La *Lista de medicamentos* también le indica si hay alguna regla que restringe la cobertura de sus medicamentos.

Le enviaremos una copia de la *Lista de medicamentos*. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.denverhealthmedicalplan.org) o llamar a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.5	La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (la “<i>EOB de la Parte D</i>”): informes con un resumen de los pagos que se realizan por los medicamentos con receta de la Parte D
--------------------	--

Cuando utilice los beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe resumido que lo ayudará a comprender y a llevar la cuenta de los pagos por sus medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (“*EOB de la Parte D*”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* ofrece información sobre el monto total que ha gastado usted u otros en su nombre en sus medicamentos con receta de la Parte D y el monto

Capítulo 1. Introducción para miembros

total que hemos pagado por cada medicamento con receta de la Parte D durante el mes. La EOB de la Parte D brinda más información sobre los medicamentos que toma, como los incrementos en el precio y otros medicamentos disponibles con menor costo compartido. Debe consultar con la persona que emite la receta sobre estas opciones de menor costo. El capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*) ofrece más información sobre la *Explicación de beneficios* y cómo esta puede ayudarlo a llevar un registro de la cobertura de medicamentos.

También puede recibir un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* si lo solicita. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)

Sección 4.1	¿Cuánto cuesta la prima del plan?
--------------------	--

Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, Medicaid pagará la prima en su nombre.

Como miembro de nuestro plan, usted debe pagar una prima mensual del plan. Para el año 2022, la prima mensual de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) será de \$39.80. Además, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B).

En algunas situaciones, la prima del plan podría ser mayor

En algunos casos, la prima del plan puede ser mayor que el monto detallado en la sección 4.1. Estas situaciones se describen a continuación.

- Algunos miembros deben pagar una **penalización por inscripción tardía** en la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando eran elegibles por primera vez o porque tuvieron un período continuo de 63 días o más en el que no contaban con la cobertura de medicamentos con receta “acreditable”. (“Acreditable” significa que la cobertura de medicamentos debe pagar, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Para estos miembros, la penalización por inscripción tardía en la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. El monto de la prima incluirá la prima mensual del plan más el monto de la penalización por inscripción tardía de la Parte D.
 - Si recibe “Extra Help” (Ayuda adicional) de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, usted no pagará la penalización por inscripción tardía.
 - Si pierde Extra Help (Ayuda adicional), es posible que se le aplique la penalización por inscripción tardía si hubiera permanecido sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días o más.

Capítulo 1. Introducción para miembros

- Si debe pagar la penalización por inscripción tardía en la Parte D, el costo dependerá de la cantidad de meses en los que estuvo sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable.
- Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D, dado que tuvieron un ingreso bruto ajustado modificado por encima de cierto monto 2 años atrás en su declaración de impuestos del IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA deberán pagar el monto estándar de la prima y este cargo adicional, que se sumará a la prima.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó anteriormente en la sección 2, para ser elegible para nuestro plan debe mantener la elegibilidad para Medicaid así como también tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), Medicaid paga la prima de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y la prima de la Parte B. Si Medicaid no le está pagando las primas de Medicare, debe continuar pagándolas para seguir siendo miembro del plan.

- Si su ingreso bruto ajustado modificado, tal como aparece en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años es mayor que cierto monto, usted pagará un monto de la prima estándar además del monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA). El IRMAA es un cargo adicional añadido a su prima. Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta para informarle cuál será el monto adicional. Si ocurrió un acontecimiento que cambió su vida y provocó un descenso en sus ingresos, puede solicitarle al Seguro Social que reconsidere su decisión.
- **Si debe pagar el monto adicional y no lo hace, se cancelará su inscripción al plan.**
- También puede visitar www.medicare.gov en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

La copia del manual *Medicare y usted 2022* le brinda información sobre estas primas en la sección denominada “Costos de Medicare 2022”. Todas las personas que cuentan con Medicare reciben una copia del manual *Medicare y usted 2022* cada año en el otoño. Aquellos miembros nuevos de Medicare la reciben dentro de un mes después de haberse inscrito por primera vez. También puede descargar una copia del manual *Medicare y usted 2022* del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 1. Introducción para miembros

Sección 4.2 Hay varias maneras de pagar la prima del plan

Hay tres maneras de pagar la prima del plan. Los miembros nuevos eligen el método de pago en los formularios de inscripción. Para cambiar la manera en que paga la prima, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si cambia la manera en que paga su prima, debe esperar hasta tres meses para que entre en vigencia el nuevo método de pago. Mientras procesamos la solicitud por un nuevo método de pago, usted será responsable de garantizar que la prima del plan se pague a tiempo.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Recibirá una factura que usted presentará junto con un cheque o un giro postal a nombre de Denver Health Medical Plan, Inc. (no a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS] o a los Departamento de Salud y Servicios Humanos [Health and Human Services, HHS]) para pagar su prima mensual. Tenga en cuenta lo siguiente: no podemos aceptar pagos en efectivo. Los pagos de la prima vencen el último día de cada mes y deben enviarse al siguiente domicilio: Denver Health Medical Plan, Inc., P.O. Box 5363, Denver, CO 80217-9909. Si pierde su factura, póngase en contacto con Servicios del Plan de Salud. (Los números de teléfono de Servicios del Plan de Salud están impresos en la contraportada de este folleto).

Opción 2: Puede pagar su prima con tarjeta de crédito o de débito

Puede hacer que la prima del plan se cargue por mes a una tarjeta de crédito o de débito, o realizarlo en un día que elija. También puede realizar un solo pago, si lo desea. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud para obtener más información o realizar un pago. (Los números de teléfono de Servicios del Plan de Salud están impresos en la contraportada de este folleto).

Opción 3: Puede deducirse la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Puede deducirse la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud para obtener más información sobre cómo pagar la prima mensual del plan de esta manera. Nos complacerá ayudarlo con este trámite. (Los números de teléfono de Servicios del Plan de Salud están impresos en la contraportada de este folleto).

Qué hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

La prima del plan debe estar en nuestra oficina antes del último día del mes.

Si tiene problemas para pagar la prima a tiempo, comuníquese con Servicios del Plan de Salud para ver si podemos indicarle programas que le ofrecerán ayuda para pagar la prima del plan. (Los números de teléfono de Servicios del Plan de Salud están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 1. Introducción para miembros

Sección 4.3 ¿Podemos cambiar la prima mensual del plan durante el año?

No. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo comunicaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Sección 5.1 Cómo asegurarse de que tengamos la información correcta sobre usted

Los registros de membresía contienen la información del formulario de inscripción, que incluye el domicilio y el número de teléfono. En ello se muestra la cobertura específica de su plan.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan el registro de membresía para saber qué servicios y qué medicamentos están cubiertos, y los montos de costo compartido que le corresponden.** Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- cambios en su nombre, su domicilio o su número de teléfono
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como por ejemplo de su empleador, del empleador de su cónyuge, compensación al trabajador o Medicaid)
- si tiene reclamos de responsabilidad, como los que generan los accidentes automovilísticos
- si ha sido ingresado en un hogar para personas mayores
- si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera de la red o fuera del área
- si cambia el responsable designado (por ejemplo, un cuidador)
- si participa en un estudio de investigación clínica

Si esta información se modifica de algún modo, comuníquelo a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

También es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social si se muda o cambia su domicilio postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la sección 5 del capítulo 2.

Capítulo 1. Introducción para miembros

Lea toda la información que le enviamos respecto de cualquier otra cobertura de seguro que tenga

Medicare exige que recopilemos información acerca de cualquier otra cobertura de seguro de salud o de medicamentos que usted tenga. Esto es porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que le ofrece nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la sección 7 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera todas las otras coberturas de seguro de salud o de medicamentos que sabemos que usted tiene. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no deberá hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no está enumerada, comuníquese con Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo requieren estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos la información médica personal, consulte la sección 1.3 del capítulo 8 de este folleto.

SECCIÓN 7 ¿Cómo funciona la cobertura si tiene otro seguro y nuestro plan?

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?

Cuando tiene otro seguro (como la cobertura de salud del grupo de empleador), existen reglas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan paga primero o lo hace el otro seguro. El seguro que paga primero se llama el “pagador primario” y paga hasta alcanzar los límites de su cobertura. El que paga segundo se llama el “pagador secundario” y solo paga si la cobertura primaria deja costos sin cubrir. Es posible que el pagador secundario no pague la totalidad de los costos que no están cubiertos.

Estas reglas afectan a la cobertura de plan de salud grupal por parte de un empleador o sindicato:

- Si usted cuenta con una cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un familiar, quién paga primero depende de su edad, del número de empleados del empleador, y de si

Capítulo 1. Introducción para miembros

usted recibe Medicare por su edad, por discapacidad o por tener una enfermedad renal en fase terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):

- Si usted es menor de 65 años, tiene una discapacidad y usted o su familiar aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o al menos un empleador que pertenece a un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
- Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o al menos un empleador que pertenece a un plan de múltiples empleadores que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare porque tiene una ESRD, el plan de salud grupal pagará primero durante los 30 meses iniciales después de que sea elegible para recibir los beneficios de Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- seguro independiente de la culpabilidad (incluye seguro del automotor)
- responsabilidad civil (incluye seguro del automotor)
- beneficios por neumoconiosis
- compensación al trabajador

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que hayan pagado Medicare o los planes de salud del grupo de empleador.

Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o necesita actualizar otra información relacionada con el seguro, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que deba proporcionar su número de id. del miembro del plan a las otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad), de modo que sus facturas se paguen correcta y puntualmente.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios del Plan de Salud en el plan)	22
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	26
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (para obtener ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	28
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare)	29
SECCIÓN 5	Seguro Social	30
SECCIÓN 6	Medicaid (programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar sus costos médicos)	31
SECCIÓN 7	Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta	33
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario	36
SECCIÓN 9	¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?	37

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios del Plan de Salud en el plan)

Cómo comunicarse con Servicios del Plan de Salud de nuestro plan

Para recibir asistencia con los reclamos, la facturación o las preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios del Plan de Salud de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP). Nos complace brindar asistencia.

Método	Servicios del Plan de Salud: Información de contacto
LLAME AL	303-602-2111 o llamada gratuita: 1-877-956-2111. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Servicios del Plan de Salud también cuenta con servicios de intérpretes de idiomas gratuitos para las 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 siete días de la semana.
FAX	303-602-2138
ESCRIBA A	Denver Health Medical Plan, Inc. 777 Bannock St., Mail Code 6000 Denver, CO 80204
SITIO WEB	www.denverhealthmedicalplan.org

Visite nuestro portal para miembros de Denver Health Medical Plan, Inc., ya que es un recurso de referencia para administrar el plan de seguro de salud en cualquier momento y lugar. Con él, puede acceder a información importante y materiales para miembros (incluidas las tarjetas de id.), comunicarse con su plan de salud, verificar el estado de los reclamos y más, todo desde su computadora, tableta o teléfono inteligente.

¡Inscríbase hoy mismo!: Visite www.denverhealthmedicalplan.org y seleccione “Inicio de sesión de miembros” para comenzar.

Estos son algunos de los beneficios que ofrece el portal:

- buscar la condición del reclamo
- ver los beneficios, la cobertura y los costos compartidos
- ver la condición de las autorizaciones previas
- comprobar los acumuladores
- encontrar un proveedor o farmacia dentro de la red
- enviar un mensaje a su plan con preguntas de manera segura
- establecer preferencias personales
- acceder y descargar materiales para miembros

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros para solicitar que se tome una decisión de cobertura acerca de su atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información acerca de cómo solicitar que tomemos decisiones de cobertura sobre la atención médica y los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura para la atención médica y los medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto
LLAME AL	303-602-2111 o llamada gratuita: 1-877-956-2111 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., 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 siete días de la semana.
FAX	Atención médica: 303-602-2128 Parte D: 303-602-2081
ESCRIBA A	Denver Health Medical Plan, Inc. 777 Bannock St., Mail Code 6000 Denver, CO 80204
SITIO WEB	www.denverhealthmedicalplan.org

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación acerca de su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D**

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos la decisión de cobertura que tomamos. Para obtener más información acerca de cómo presentar una apelación sobre la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Apelaciones para la atención médica y los medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto
LLAME AL	303-602-2261 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., 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 siete días de la semana.
FAX	303-602-2078
ESCRIBA A	Denver Health Medical Plan, Inc. Attn: Appeals and Grievances Department 777 Bannock St., Mail Code 6000 Denver, CO 80204
SITIO WEB	www.denverhealthmedicalplan.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja acerca de su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de los proveedores de la red, incluso una queja sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no involucra conflictos sobre la cobertura o el pago. (Si su problema está relacionado con un pago o con la cobertura del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas acerca de la atención médica y los medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto
LLAME AL	303-602-2261 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., 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 siete días de la semana.
FAX	303-602-2078
ESCRIBA A	Denver Health Medical Plan, Inc. 777 Bannock St., Mail Code 6000 Denver, CO 80204
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja en Internet a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar la solicitud de pago de la parte del costo que nos corresponde por la atención médica o el medicamento que haya recibido

Para obtener más información acerca de situaciones en las que necesite solicitar un reembolso o pagar una factura recibida de un proveedor, consulte el capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago por la atención médica: Información de contacto
LLAME AL	303-602-2111 o llamada gratuita: 1-877-956-2111 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., 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 siete días de la semana.
FAX	Atención médica: 303-602-2128
ESCRIBA A	Denver Health Medical Plan, Inc. PO Box 24992, Seattle, WA 98124-0992
SITIO WEB	www.denverhealthmedicalplan.org

Método	Solicitudes de pago de medicamentos con receta: Información de contacto
LLAME AL	303-602-2111 o llamada gratuita: 1-877-956-2111 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., 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 siete días de la semana.
FAX	303-602-2081
ESCRIBA A	Denver Health Medical Plan, Inc. ATTN: Pharmacy Department 777 Bannock St., Mail Code 6000 Denver, CO 80204
SITIO WEB	www.denverhealthmedicalplan.org

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

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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services) (algunas veces denominados “CMS”). Esta agencia realiza contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluso nosotros.

Método	Medicare: Información de contacto
LLAME AL	<p>1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Para llamar a este número, se requiere un equipo telefónico especial, y es solo para personas con dificultades de audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Ofrece información actualizada sobre Medicare y los asuntos actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares para personas mayores, médicos, agencias de atención domiciliaria y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada acerca de la elegibilidad de Medicare y las opciones de inscripción a través de las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de elegibilidad de Medicare: Proporciona información de la condición de elegibilidad en Medicare. • Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder): Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de lo que podrían ser sus costos de desembolso directo en planes de Medicare diferentes.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare: Información de contacto
SITIO WEB (continuación)	<p>También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dígale a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas muy en serio y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene una computadora, es posible que en la biblioteca o el centro para adultos mayores de su localidad le permitan usar la computadora para visitar este sitio web. O bien, puede llamar a Medicare y decirles qué información necesita. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (para obtener ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En Colorado, el SHIP se llama Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado (Colorado SHIP).

El Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado (Colorado SHIP) es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado (Colorado SHIP) pueden ayudarlo con los problemas y preguntas sobre Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre su atención médica o su tratamiento, y a solucionar problemas respecto de sus facturas de Medicare.

Los asesores del Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado (Colorado SHIP) también pueden ayudarlo a entender las opciones de los planes de Medicare y responder a preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**MÉTODO DE ACCESO A SHIP Y A OTROS RECURSOS:**

- Visite www.medicare.gov.
- Haga clic en “**Forms, Help, and Resources**” (**Formularios, ayuda y recursos**) en el extremo derecho del menú superior.
- En el menú desplegable, haga clic en “**Phone Numbers & Websites**” (**Números de teléfono y sitios web**).
- Ahora tiene unas opciones:
 - Opción 1: Puede tener un **chat en vivo**.
 - Opción 2: Puede hacer clic en cualquiera de los “**TOPICS**” (**TEMAS**) en el menú de la parte inferior.
 - Opción 3: Puede seleccionar su “**STATE**” (**ESTADO**) en el menú desplegable y hacer clic en “**GO**” (**INICIAR**). Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado (Colorado SHIP): Información de contacto
LLAME AL	1-888-696-7213
ESCRIBA A	Department of Regulatory Agencies 1560 Broadway, Suite 850 Denver, CO 80202
SITIO WEB	www.dora.colorado.gov/

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare)

Existe una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para servir a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Colorado, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO.

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica financiados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para comprobar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de las siguientes situaciones:

- si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió
- si considera que la cobertura correspondiente a su estadía en el hospital finaliza demasiado pronto
- si piensa que la cobertura de sus servicios de atención médica a domicilio, la atención del establecimiento de enfermería especializada o los servicios del establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminan demasiado pronto

Método	KEPRO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Colorado): Información de contacto
LLAME AL	216-447-9604 o llamada gratuita: 888-317-0891 Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m. hora local. Fines de semana/días festivos de 11 a.m. a 3 p.m. hora local.
TTY	711
ESCRIBA A	KEPRO 5201 West Kennedy Blvd, Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar la inscripción para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tengan una discapacidad o una enfermedad renal en fase terminal, y que cumplan con ciertas condiciones, son elegibles para recibir los beneficios de Medicare. Si ya recibe cheques de Seguro Social, la inscripción para ingresar a Medicare es automática. Si no recibe cheques de Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina del Seguro Social de su localidad.

El Seguro Social también determina quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D por tener un ingreso mayor. Si recibió una carta del Seguro Social que dice que usted tiene que pagar el monto adicional y usted tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos bajaron debido a un acontecimiento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para pedir que reconsidere la cuestión.

Si se muda o cambia su domicilio postal, es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social para avisarles.

Método	Seguro Social: Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para recibir información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Para llamar a este número, se requiere un equipo telefónico especial, y es solo para personas con dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid (programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar sus costos médicos)

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a determinadas personas con ingresos y recursos limitados a pagar sus costos médicos.

Usted es elegible para unirse a Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) porque reúne los requisitos para obtener los beneficios de salud completos de Medicaid a través del estado de Colorado, además de los beneficios de Medicare por parte del gobierno federal. Esto significa que usted tiene “doble elegibilidad” porque está inscrito en ambos programas.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid, que ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, como por ejemplo, las primas. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare con beneficios completos de Medicaid (Qualified Medicare Beneficiary, QMB+):** Medicaid paga las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos) y proporciona beneficios completos de Medicaid en conformidad con el plan estatal.
- **Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare con beneficios completos de Medicaid (Specified Low Medicare Beneficiary, SLMB+):** Medicaid paga las primas

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

de la Parte B y proporciona beneficios completos de Medicaid en conformidad con el plan estatal.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con Políticas y Financiamiento de la Atención Médica (Health Care Policy and Financing, HCPF).

Método	Departamento de Políticas y Financiamiento de la Atención Médica (HCPF) (Programa de Medicaid de Colorado): Información de contacto
LLAME AL	1-800-221-3943 El horario es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m. El Centro de Contacto para Miembros está cerrado para reuniones de personal los viernes de 2:30 p.m. a 3:30 p.m. y para todos los días festivos estatales.
TTY	711
ESCRIBA A	HCPF 1570 Grant St. Denver, CO 80203-1818
SITIO WEB	www.healthfirstcolorado.com

El defensor del pueblo para el Programa de Atención Administrada por Medicaid ayuda a las personas inscritas en Medicaid que tienen problemas de servicio o de facturación. Pueden ayudarlo a presentar una queja o una apelación al plan.

Método	Defensor del pueblo para el Programa de Atención Administrada por Medicaid: Información de contacto
LLAME AL	303-830-3560 o 1-877-435-7123
TTY	711
ESCRIBA A	4500 Cherry Creek Dr. South Glendale, CO 80246
SITIO WEB	https://www.combudsman.org/

El Programa de Defensor del Pueblo para Atención a Largo Plazo de Colorado ayuda a las personas a obtener información sobre hogares para personas mayores y a resolver problemas entre los hogares para personas mayores y los residentes o sus familias.

Método	Programa de Defensor del Pueblo para Atención a Largo Plazo de Colorado: Información de contacto
LLAME AL	303-455-1000 Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	711
ESCRIBA A	1290 Broadway, Suite 700 Denver, CO 80203
SITIO WEB	www.colorado.gov/pacific/cdhs/long-term-care-ombudsman

SECCIÓN 7 Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta

Programa “Extra Help” (Ayuda adicional) de Medicare

La mayoría de nuestros miembros reúne los requisitos para recibir y ya está recibiendo “Extra Help” (Ayuda adicional) de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta.

Medicare les proporciona “Extra Help” (Ayuda adicional) a las personas que tienen ingresos y recursos limitados, para pagar los costos de los medicamentos con receta. Los recursos incluyen sus ahorros y sus acciones, pero no su vivienda o su carro. Aquellos que reúnen los requisitos obtienen ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de medicamentos con receta. Esta “Extra Help” (Ayuda adicional) también cuenta para los costos de desembolso directo.

Algunos reúnen los requisitos de manera automática para recibir “Extra Help” (Ayuda adicional) y no deben solicitarla. Medicare le envía una carta a las personas que reúnen los requisitos de manera automática para recibir “Extra Help” (Ayuda adicional).

Si tiene alguna pregunta acerca de “Extra Help” (Ayuda adicional), llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- A la Oficina del Seguro Social (Social Security Office) al 1-800-772-1213, entre las 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

- A la oficina de Medicaid de su estado (en la sección 6 de este capítulo, encontrará la información de contacto).

Si considera que reunió los requisitos para recibir “Extra Help” (Ayuda adicional) y cree que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia, usted puede solicitar asistencia (a través de un proceso que nuestro plan ha establecido) para obtener las pruebas de su nivel de copago correcto o, en el caso de que ya tenga las pruebas, brindárnoslas.

- Si necesita ayuda o no sabe qué pruebas brindarnos, póngase en contacto con Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para obtener más información.
- Cuando nosotros recibamos las pruebas que muestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si paga un monto adicional de su copago, nosotros se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto adicional o se lo compensaremos en los próximos copagos. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y usted se lo debe, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si usted tiene cobertura del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Si usted está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o en cualquier otro programa distinto de “Extra Help” (Ayuda adicional) que brinda cobertura para los medicamentos de la Parte D, aun así obtiene el 70% de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en la brecha de cobertura. El 70% de descuento y el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué sucede si usted tiene cobertura del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP)?**¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP)?**

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas que son elegibles para recibir ADAP y que viven con VIH/sida a acceder a la medicación para VIH que permite salvar sus vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP reúnen los requisitos para recibir asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia para Medicamentos Contra el Sida de Colorado (ADAP). Nota: Para ser elegibles para recibir los beneficios de ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos requisitos, que incluyen prueba de residencia en ese estado y de condición respecto al VIH, comprobante de bajos ingresos según lo define el estado, y pruebas de que no tiene seguro o tiene un seguro que cubre poco.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Si está actualmente inscrito en un ADAP, puede continuar proporcionándole asistencia de costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para los medicamentos que están en el *Formulario de medicamentos* del ADAP. Para tener la seguridad de que continuará recibiendo esta asistencia, notifique al empleado encargado de las inscripciones al programa ADAP local acerca de cualquier cambio en el nombre o en el número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare. Puede llamar al Programa de Asistencia para Medicamentos Contra el Sida de Colorado al 303-692-2716 (TTY 711).

Para obtener información sobre el criterio de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese con el Programa de Asistencia para Medicamentos Contra el Sida de Colorado al 303-692-2716 (TTY 711).

¿Qué sucede si obtiene “Extra Help” (Ayuda adicional) de Medicare para ayudar a pagar los costos de los medicamentos con receta?

¿Puede obtener los descuentos?

La mayoría de nuestros miembros recibe “Extra Help” (Ayuda adicional) de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Si recibe “Extra Help” (Ayuda adicional), el Programa de Descuento para Brecha de Cobertura de Medicare no se aplica a usted. Si recibe “Extra Help” (Ayuda adicional), ya tiene cobertura para los costos de los medicamentos con receta durante la brecha de cobertura.

¿Qué sucede si no recibe un descuento que usted cree que debería tener?

Si cree que ha alcanzado la brecha de cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar su próximo aviso de *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en la *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de medicamento con receta son correctos y están actualizados. Si no estamos de acuerdo con que le corresponda un descuento, puede presentar una apelación. Puede obtener ayuda para presentar una apelación por parte del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la sección 3 de este capítulo) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que permiten que algunas personas paguen los medicamentos con receta basándose en la necesidad financiera, la edad, la afección médica o las discapacidades. Cada estado tiene diferentes reglas para brindar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Colorado, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica se llama Programa Estatal de Asistencia para Medicamentos (State Drug Assistance Program, SDAP) de Colorado.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Programa Estatal de Asistencia para Medicamentos (SDAP) de Colorado: Información de contacto
LLAME AL	303-692-2716 Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	711
ESCRIBA A	Colorado Department of Public Health 4300 Cherry Creek Drive South Denver, CO 80246
SITIO WEB	https://cdphe.colorado.gov/state-drug-assistance-program

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es un organismo federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios de todo el país y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, póngase en contacto con el organismo.

Si recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les comunique si se muda o cambia su domicilio postal.

Método	Junta de Retiro Ferroviario: Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) de 9 a.m. a 3:30 p.m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a.m. a 12 p.m. el miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda (HelpLine) y a la información grabada automáticas de RRB las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Para llamar a este número, se requiere un equipo telefónico especial, y es solo para personas con dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?

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

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

CAPÍTULO 3

*Uso de la cobertura del plan para sus
servicios médicos*

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1	Lo que debe saber para obtener cobertura de atención médica como miembro de nuestro plan	41
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?.....	41
Sección 1.2	Reglas básicas para recibir la atención médica cubierta por el plan.....	41
SECCIÓN 2	Uso de los proveedores de la red del plan para recibir atención médica	43
Sección 2.1	Puede elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinde y supervise su atención	43
Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP?.....	44
Sección 2.3	Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red	44
Sección 2.4	Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red	45
SECCIÓN 3	Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención, o durante una catástrofe	46
Sección 3.1	Cómo recibir atención en caso de una emergencia médica.....	46
Sección 3.2	Obtener atención cuando se le presenta una necesidad urgente de recibir servicios.....	47
Sección 3.3	Obtener atención durante una catástrofe	48
SECCIÓN 4	¿Qué pasa si se le factura directamente por el costo completo de los servicios cubiertos?	49
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos.....	49
Sección 4.2	¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?.....	49
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando usted participa en un “estudio de investigación clínica”?.....	50
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	50
Sección 5.2	¿Quién paga cada cosa cuando participa en un estudio de investigación clínica?.....	51
SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de atención médica sin carácter médico”	52
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de atención médica sin carácter médico? ...	52
Sección 6.2	Atención en una institución religiosa de atención médica sin carácter médico.....	52

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad de equipo médico durable	53
Sección 7.1	¿Será usted dueño del equipo médico durable después de realizar una cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?.....	53
SECCIÓN 8	Reglas para el equipo de oxígeno, los suministros y el mantenimiento	54
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?.....	54
Sección 8.2	¿Cuál es el costo compartido de su plan? ¿Cambiará luego de 36 meses?	54
Sección 8.3	¿Qué sucede si abandona nuestro plan y regresa a Medicare Original?.....	54

SECCIÓN 1 Lo que debe saber para obtener cobertura de atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que debe saber para usar el plan de manera que su atención médica esté cubierta. Se proporcionan definiciones de los términos y una explicación de las reglas que deberá respetar para obtener tratamientos y servicios médicos, y otro tipo de atención médica cubierta por el plan.

Para obtener detalles acerca de qué tipo de atención médica está cubierta por nuestro plan, consulte la tabla de beneficios que se encuentra en el próximo capítulo, en el capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

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

Estas son algunas definiciones que pueden ayudarlo a entender cómo obtiene la atención y los servicios que se cubren para usted como miembro de nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de atención médica con licencia proporcionada por el estado para brindar servicios médicos y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales, y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros de aceptar nuestro pago y el monto que usted paga de costo compartido como pago total. Tenemos un acuerdo con estos proveedores para que brinden los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente la atención que le dan a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted paga solo la parte que le corresponde a usted del costo por los servicios cubiertos.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los equipos cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se enumeran en la tabla de beneficios en el capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir la atención médica cubierta por el plan

Como plan de salud de Medicare, Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original.

Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba está incluida en la tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el capítulo 4 de este folleto).

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que brinda y supervisa la atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, nuestro plan debe dar su aprobación previa para que usted pueda recibir atención de otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o servicios de atención médica a domicilio. A esto se lo llama darle una “remisión”. Para obtener más información sobre esto, consulte la sección 2.3 de este capítulo.
 - Las remisiones de su PCP no son necesarias para recibir servicios de atención urgente y necesaria, y atención de emergencia. También existen algunos otros tipos de atención que puede obtener sin necesidad de obtener una aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir la atención de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no estarán cubiertos. *Estas son tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de atención urgente y necesaria que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y para ver qué significa emergencia o los servicios de atención urgente y necesaria, consulte la sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica, la cual Medicare exige a nuestro plan que cubra, y los proveedores de nuestra red no pueden brindarle dicha atención, puede obtenerla a través de un proveedor fuera de la red. Antes de solicitar atención se debe obtener una autorización previa. En esta situación, cubriremos estos servicios como si obtuviera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio.

SECCIÓN 2 Uso de los proveedores de la red del plan para recibir atención médica

Sección 2.1 Puede elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinde y supervise su atención
--

¿Qué es un “PCP” y qué es lo que hace el PCP por usted?

Un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) es un profesional médico altamente capacitado que está calificado para brindar toda su atención médica de rutina. Los proveedores calificados para prestar servicios como PCP incluyen lo siguiente: los médicos de medicina interna, medicina familiar y geriatras, los enfermeros profesionales, los asistentes médicos y los ginecólogos.

Su PCP administra toda su atención médica de rutina. Si usted necesita atención especializada, su PCP hará lo necesario para que usted consiga una remisión para ver a un especialista de la red. Si por alguna razón no podemos ofrecerle un servicio especializado dentro de la red de DHMP, su PCP se encargará de conseguir una autorización para que consulte a un proveedor fuera de la red. Recuerde que, si usted consulta a un proveedor que no pertenece a la red sin la remisión adecuada, ni Medicare ni DHMP pagarán por esos servicios.

Su PCP supervisará su atención y las próximas evaluaciones de detección que deba realizarse. Le notificará cuando deba realizarse estas evaluaciones de detección importantes y trabajará con usted para obtener las remisiones si es necesario.

En algunos casos, el PCP trabajará con el plan para conseguir que los servicios o las medicaciones que no están cubiertos actualmente se aprueben. Es responsable de proporcionarle al plan la justificación médica requerida para completar la autorización previa.

¿Cómo elige a su PCP?

Piense en lo que quiere de su PCP (es decir, que esté cerca del hogar, que sea hombre o mujer, el idioma). Revise su *Directorio de proveedores* para reducir su búsqueda. Puede llamar a Servicios del Plan de Salud si necesita ayuda o necesita una copia impresa de nuestra *Directorio de proveedores*. (Los números de teléfono de Servicios del Plan de Salud están impresos en la contraportada de este folleto).

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, existe la posibilidad de que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que buscar a un nuevo PCP.

Puede cambiar de PCP a otro proveedor de la red comunicándose directamente con el PCP. No es necesario que nos llame para realizar este cambio. Si tiene preguntas o necesita ayuda adicional, comuníquese con el personal de su clínica o con nuestros Servicios del Plan de Salud.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos**Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP?**

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

- La atención médica de rutina de la mujer, que incluye exámenes del seno, mamografías de detección (radiografías del seno), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando sean realizados por un proveedor de la red.
- Las vacunas contra la gripe, las vacunas contra la COVID-19, hepatitis B y neumonía siempre que las reciba a través de un proveedor de la red.
- Los servicios de emergencia por parte de proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de atención urgente y necesaria de proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o sean inaccesibles temporalmente, p. ej. cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Los servicios de diálisis renal que usted obtiene en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicios del Plan de Salud antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a hacer los arreglos necesarios para que reciba diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio. Los números de teléfono de Servicios del Plan de Salud están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad específica o ciertas partes del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas. Los siguientes son algunos ejemplos:

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

Es muy importante obtener una remisión (aprobación previa) de su PCP antes de consultar a un especialista del plan o a otros proveedores (hay pocas excepciones, que incluyen la atención médica de rutina de la mujer explicada anteriormente en esta sección). Si no tiene una remisión antes de recibir los servicios de un especialista, puede que usted tenga que pagar estos servicios. Si el especialista quiere que usted vuelva para recibir más atención, primero verifique que la remisión (aprobación previa) que recibió de su PCP para la primera visita cubra más visitas al especialista. Su PCP trabajará con el plan para conseguir que la autorización previa para recibir los servicios del especialista se apruebe.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

Ciertos servicios médicos requieren una autorización previa (prior authorization, PA) o aprobación previa del plan para asegurar que los servicios solicitados sean médicamente necesarios. Usted, su PCP o su representante designado pueden solicitar la PA. Una vez que el plan recibe su solicitud, tenemos un lapso de tiempo limitado para tomar una decisión. Al procesar las autorizaciones previas, el plan debe seguir los mismos requisitos de criterio que Medicare Original. Si se cumplen los criterios para la solicitud de servicios médicos, usted y su médico pueden continuar con la obtención de la atención que usted necesita. Si no se cumplen los criterios, la solicitud puede ser rechazada, en cuyo caso usted tiene derecho a presentar una apelación (consulte el capítulo 9, *Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). Para obtener más información acerca de qué servicios requieren PA, consulte la sección 2.1 del capítulo 4.

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

Durante el año podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan. Hay muchas razones por las que su proveedor podría abandonar su plan pero, en caso de que su médico o su especialista abandonen su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aun cuando nuestra red de proveedores pueda cambiar durante el año, Medicare nos exige que le proveamos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para notificarle, con un aviso de al menos 30 días de antelación, que su proveedor abandonará nuestro plan, de modo que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado que continúe manejando sus necesidades de atención médica.
- Si está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo. Trabajaremos con usted para garantizar la continuidad de dicho tratamiento.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado que reemplace a su proveedor anterior o que no está manejando su atención de manera adecuada, tiene derecho presentar una apelación contra nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista abandonará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a buscar un nuevo proveedor que maneje su atención. (Los números de teléfono de Servicios del Plan de Salud están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.4	Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red
--------------------	---

El plan pagará por la atención de un proveedor fuera de la red si usted necesita atención médica especializada que los proveedores en nuestra red no pueden proporcionar. Si los servicios no se encuentran disponibles en nuestra red, usted o su PCP pueden contactar a Servicios del Plan de Salud para obtener una autorización previa para esta atención antes de que se le presten los servicios.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

El plan también pagará los servicios de proveedores fuera de la red, en caso de emergencias o servicios de atención urgente y necesaria que se obtengan fuera del área de servicio. Además, el plan también cubrirá los servicios de diálisis para los inscritos con ESRD que hayan viajado fuera del área de servicio del plan y no puedan acceder a los proveedores de ESRD contratados.

SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención, o durante una catástrofe

Sección 3.1 Cómo recibir atención en caso de una emergencia médica

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer usted si se le presenta una?

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona inexperta prudente y que tenga un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, pérdida de una extremidad o pérdida de función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener una remisión ni aprobación con anterioridad de su PCP.
- **Lo antes posible, asegúrese de que se le avise a su plan respecto de su emergencia.** Debemos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos, por lo general dentro de las primeras 48 horas, para informarnos sobre su atención de emergencia. Llame a Servicios del Plan de Salud para informar acerca de su atención de emergencia (el número de teléfono se encuentra en el reverso de su tarjeta de id. de membresía).

¿Qué se cubre si tiene una emergencia médica?

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar hasta la sala de emergencias de alguna otra forma podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el capítulo 4 de este folleto.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brindan atención de emergencia para que ayuden a controlar y a hacer un seguimiento de su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y si la emergencia médica ha concluido.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

Una vez concluida la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúe estable. La atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia es provista por proveedores fuera de la red, intentaremos hacer los arreglos necesarios para que los proveedores de la red se encarguen de su atención tan pronto su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

Algunas veces puede ser difícil saber si tiene una verdadera emergencia médica. Por ejemplo, usted podría solicitar atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico le podría decir, después de todo, que no era una emergencia médica. Si resultó que no era una emergencia, siempre y cuando usted haya considerado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, nosotros cubriremos su atención.

Sin embargo, una vez que el médico haya dicho que *no* se trata de una emergencia, cubriremos la atención adicional *únicamente* si recibe la atención adicional de una de las dos siguientes maneras:

- Usted consulta con un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe es considerada como “servicios de atención urgente y necesaria” y usted sigue las reglas para recibir esta atención de urgencia (para obtener más información sobre esto, consulte la sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2	Obtener atención cuando se le presenta una necesidad urgente de recibir servicios
--------------------	--

¿Qué son los “servicios de atención urgente y necesaria”?

Los “servicios de atención urgente y necesaria” son los que se brindan en caso de una afección, lesión o enfermedad médica imprevista que no es de emergencia, que requiere atención médica de inmediato. Los servicios de atención urgente y necesaria pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red estén temporalmente no disponibles o no accesibles. La afección imprevista podría, por ejemplo, ser un empeoramiento imprevisto de una afección conocida que usted padezca.

¿Qué sucede si está en el área de servicio del plan cuando necesita atención de urgencia?

Siempre debe intentar obtener los servicios de atención urgente y necesaria por parte de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores están temporalmente no disponibles o no accesibles, y no es razonable esperar a que un proveedor de la red esté disponible para obtener atención, cubriremos los servicios de atención urgente y necesaria que obtenga de un proveedor fuera de la red.

La atención de urgencia puede ser una buena alternativa a una sala de emergencias (emergency room, ER) para ciertos tipos de enfermedades y lesiones. Aquí se enumeran algunas de las afecciones que deben ser tratadas en la atención de urgencia:

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

- fiebre, resfriados y gripe
- cortes que necesitan sutura
- una enfermedad o lesión menor o moderada que requiere radiografías o pruebas de laboratorio
- huesos rotos que necesitan ajuste y yeso
- esguinces y torceduras
- otros cortes y lesiones generales

Como miembro de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), usted está cubierto en todas las atenciones de urgencia en los EE. UU. En la mayoría de las situaciones, si se encuentra en el área de servicio del plan, cubriremos los servicios de atención urgente y necesaria únicamente si recibe esta atención de un proveedor de la red y sigue las demás reglas descritas en este capítulo. Sin embargo, si las circunstancias son poco comunes o extraordinarias, y los proveedores de la red temporalmente no están disponibles o no accesibles, nosotros cubriremos los servicios de atención urgente y necesaria que reciba de un proveedor fuera de la red. Puede comunicarse con Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en el reverso de este folleto) para averiguar cuáles son los centros de atención de urgencia de nuestro plan.

¿Qué pasa si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando se le presenta una necesidad de recibir atención urgente?

Cuando esté fuera del área de servicio y no pueda obtener atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de atención urgente y necesaria que usted reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre los servicios de emergencia, los servicios de atención urgente y necesaria, ni ningún otro servicio si recibe la atención fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Obtener atención durante una catástrofe

Si el Gobernador de su estado, la Secretaria de Salud y Servicios Humanos, o el Presidente de los Estados Unidos declaran un estado de catástrofe o emergencia en su área geográfica, usted todavía tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.denverhealthmedicalplan.org para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante una catástrofe.

Por lo general, si no puede acceder a un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con el costo compartido de atención dentro de la red. Si usted no puede utilizar una farmacia de la red durante una catástrofe, es posible que pueda obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la sección 2.5 del capítulo 5.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si se le factura directamente por el costo completo de los servicios cubiertos?

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

Si pagó más de la parte que le corresponde a usted por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo completo de los servicios médicos cubiertos, consulte el capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información acerca de cómo proceder.

Sección 4.2	¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?
--------------------	--

Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, que están enumerados en la Tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla se encuentra en el capítulo 4 de este folleto), y que se obtienen de acuerdo con las reglas del plan. Usted es responsable del pago del costo completo de los servicios que no están cubiertos por el plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene preguntas acerca de si pagaremos la atención o los servicios médicos que usted está considerando, tiene derecho a preguntarnos si los cubriremos, antes de que los reciba. También tiene el derecho de solicitar esto por escrito. Si le informamos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) encontrará más información sobre lo que debe hacer si desea que tomemos una decisión de cobertura o quiere presentar una apelación contra una decisión que ya tomamos. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Para los servicios cubiertos con limitación de beneficio, usted paga el costo completo de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio por ese tipo de servicio cubierto. Una vez que se haya alcanzado un límite de beneficios, el pago adicional no contará para su máximo de desembolso directo. Puede llamar a Servicios del Plan de Salud cuando desee conocer el monto de su límite del beneficio que ya ha utilizado.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?
--

Un estudio de investigación clínica (llamado también “ensayo clínico”) es una forma que tienen los médicos y científicos de evaluar los tipos nuevos de atención médica, como por ejemplo, la eficacia de un medicamento nuevo contra el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos, al pedir la ayuda de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar la eficacia y seguridad de un nuevo enfoque.

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

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio, una persona que trabaje en él se pondrá en contacto con usted para explicarle en detalle en qué consiste el estudio y determinar si usted reúne los requisitos establecidos por los científicos que lo llevarán a cabo. Puede participar en el estudio siempre que reúna los requisitos necesarios y *además* comprenda y acepte completamente lo que implica su participación.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original pagará la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba durante su participación en el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de los servicios de atención (es decir, la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que obtenga la aprobación de nuestro plan o de su PCP. Los proveedores que proporcionen su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan formar parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no es necesario obtener el permiso de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica, **sí debe avisarnos antes de comenzar a participar en un estudio de esa clase.**

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para hacerles saber que participará en un ensayo clínico y para obtener detalles más específicos sobre lo que su plan pagará.

Sección 5.2 ¿Quién paga cada cosa cuando participa en un estudio de investigación clínica?

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted está cubierto por los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio; esto incluye:

- habitación y alojamiento durante la estadía en el hospital que Medicare pagaría aunque no participara en el estudio
- una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación
- tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención

Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan también pagará una parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre los costos compartidos en Medicare Original y los costos compartidos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio que lo que pagaría si recibiera dichos servicios por parte de nuestro plan.

A continuación, se muestra un ejemplo del funcionamiento del costo compartido:

Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que la parte que le corresponde a usted de los costos de dicho análisis es de \$20 dentro de Medicare Original, pero la prueba sería de \$10 dentro de los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, usted deberá presentar una solicitud de pago. Junto con la solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Avisos del resumen de Medicare u otra documentación que muestre los servicios que recibió como parte del estudio. Consulte el capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

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

- Generalmente, Medicare *no* pagará los artículos o servicios nuevos que estén siendo evaluados en el estudio, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio aun si usted *no* participó en un estudio.
- Los artículos o los servicios que el estudio le proporcione a usted o a cualquier participante de forma gratuita.
- Los artículos o los servicios provistos solo para recopilar datos y que no se usen para su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computadas (TC) mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica por lo general requiere solo una TC.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos**¿Desea obtener más información?**

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

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de atención médica sin carácter médico”

Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de atención médica sin carácter médico?
--------------------	--

Una institución religiosa de atención médica sin carácter médico es un centro que proporciona atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un establecimiento de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un establecimiento de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas de un miembro, le brindaremos cobertura de la atención en una institución religiosa de atención médica sin carácter médico. Puede optar por buscar atención médica en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio se ofrece únicamente para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios no médicos de atención). Medicare únicamente pagará por servicios no médicos de atención cuando sean proporcionados por instituciones religiosas de atención médica sin carácter médico.

Sección 6.2	Atención en una institución religiosa de atención médica sin carácter médico
--------------------	---

Para obtener atención de una institución religiosa de atención médica sin carácter médico, usted debe firmar un documento legal que indique que usted se opone de forma consciente a recibir un tratamiento médico “no excluido”.

- La atención médica o el tratamiento “no excluido” es cualquier atención médica o tratamiento que sea *voluntario* y *no obligatorio* según las leyes federales, estatales o locales.
- El tratamiento médico “excluido” es la atención médica o el tratamiento que se recibe y que *no* es voluntario o *es obligatorio* según las leyes federales, estatales o locales.

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que recibe de una institución religiosa de atención médica sin carácter médico debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El establecimiento que proporcione la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

- Si usted recibe servicios de esta institución que se le proporcionan en un establecimiento, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir los servicios cubiertos de atención hospitalaria como paciente hospitalizado o de atención en un establecimiento de enfermería especializada.
 - *Además*, debe obtener aprobación previa de su plan antes de ser ingresado al establecimiento, de otra manera su estadía no será cubierta.

Cuando se obtienen servicios de una institución religiosa de atención médica sin carácter médico, se aplican los límites de cobertura de Medicare para pacientes hospitalizados. Consulte la tabla de beneficios del capítulo 4.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico durable

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

El término equipo médico durable (DME) hace referencia a artículos, tales como equipos de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones accionados, muletas, insumos para diabetes, dispositivos de generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar. Los miembros siempre poseen ciertos artículos, tales como las prótesis. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que deben ser alquilados.

En Medicare Original, las personas que alquilan determinados tipos de DME serán propietarias de dicho equipo después de pagar los copagos correspondientes al artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), por lo general no será dueño de los artículos alquilados de DME independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. En circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo de DME. Llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para averiguar sobre los requisitos que debe reunir y la documentación que debe proporcionar.

¿Qué sucede con los pagos que realizó para el equipo médico durable si cambia a Medicare Original?

Si no adquirió como propio el artículo de DME mientras estuvo en nuestro plan, tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos por el artículo después de cambiarse a Medicare Original para poder adquirirlo como propio. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos para el artículo de DME conforme a Medicare Original *antes* de inscribirse en nuestro plan, estos pagos anteriores tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Para poder ser propietario del artículo, deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

después de que regrese a Medicare Original. No hay excepciones en este caso cuando regresa al programa de Medicare Original.

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

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para obtener la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) cubrirá lo siguiente mientras esté inscrito:

- alquiler del equipo de oxígeno
- entrega de oxígeno y de contenidos de oxígeno
- conductos y accesorios relacionados con el oxígeno para la entrega de oxígeno y de contenidos de oxígeno
- mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si abandona Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) o ya no necesita un equipo de oxígeno desde el punto de vista médico, se devolverá el equipo de oxígeno a su dueño.

Sección 8.2 ¿Cuál es el costo compartido de su plan? ¿Cambiará luego de 36 meses?

Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es del 20% cada 12 meses consecutivos.

Si antes de inscribirse en Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) había realizado pagos de alquiler por 36 meses para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) es del 20%.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si abandona nuestro plan y regresa a Medicare Original?

Si regresa a Medicare Original, comenzará un nuevo ciclo de 36 meses, que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si había realizado pagos de alquiler del equipo de oxígeno por 36 meses antes de unirse a Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), se une a Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) por 12 meses y luego vuelve a Medicare Original, pagará el costo compartido completo por la cobertura del equipo de oxígeno.

De manera similar, si realizó pagos por 36 meses mientras estaba inscrito en Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) y luego vuelve a Medicare Original, pagará el costo compartido completo por la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

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

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1	Comprender los costos de desembolso directo de los servicios cubiertos.....	57
Sección 1.1	Tipos de costos de desembolso directo que tal vez deba pagar por los servicios cubiertos.....	57
Sección 1.2	¿Cuál es el deducible de su plan?.....	57
Sección 1.3	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?.....	58
Sección 1.4	Nuestro plan no permite que los proveedores le envíen una “factura de saldos”.....	58
SECCIÓN 2	Use la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto pagará.....	59
Sección 2.1	Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan	59
SECCIÓN 3	Servicios cubiertos fuera de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).....	101
Sección 3.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).....	101
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan o Medicaid?	102
Sección 4.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan o Medicaid (exclusiones).....	102

SECCIÓN 1 Comprender los costos de desembolso directo de los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y en lo que usted paga por estos servicios. Incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos e indica cuánto deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites sobre ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos de desembolso directo que tal vez deba pagar por los servicios cubiertos
--

Los miembros que reciben asistencia total de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid no pagarán nada por los servicios cubiertos, siempre y cuando sigan las reglas del plan para recibir la atención. (Consulte el capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas del plan respecto de cómo recibir atención médica).

Para entender la información sobre los pagos proporcionada en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de desembolso directo que es posible que tenga que pagar por los servicios cubiertos.

- El **“deducible”** es el monto que paga por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. (La sección 1.2 le brinda más detalles sobre el deducible de su plan).
- Un **“copago”** es el monto fijo que usted paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Debe pagar un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos que se encuentra en la sección 2 le brinda más detalles sobre los copagos).
- El **“coseguro”** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Debe pagar un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos que se encuentra en la sección 2 le brinda más detalles sobre los coseguros).

Sección 1.2 ¿Cuál es el deducible de su plan?

Su deducible es de \$203 para el año 2021. Estos son los montos de costo compartido del año 2021 y pueden cambiar para el año 2022. Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) proporcionará los costos actualizados una vez que se divulguen. Este es el monto que tiene que pagar de desembolso directo antes de que paguemos nuestra parte por sus servicios médicos. Hasta que no haya pagado todo el monto del deducible, debe pagar el costo completo de los servicios cubiertos. Una vez que haya pagado su deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos por los servicios médicos cubiertos y usted pagará la parte que le corresponde a usted (el monto de copago o coseguro) durante el resto del año calendario.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

El deducible no se aplica a algunos servicios. Esto significa que nosotros pagaremos nuestra parte de los costos por estos servicios incluso si usted aún no ha pagado su deducible. El deducible no se aplica a los siguientes servicios:

- servicios de la Parte A de Medicare
- servicios preventivos
- medicamentos con receta de la Parte D

Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, no tiene deducible.

Sección 1.3 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Nota: Como nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el máximo de desembolso directo. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de desembolso directo para llegar al monto máximo de desembolso directo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que está inscrito en un plan de Medicare Advantage, hay un límite en el monto de desembolso directo que debe pagar cada año por los servicios médicos que están cubiertos conforme a Medicare Parte A y Parte B (consulte la Tabla de beneficios médicos en la sección 2 a continuación). Este límite se denomina monto máximo de desembolso directo por los servicios médicos.

Como miembro de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), el monto máximo que deberá pagar de desembolso directo por los servicios de la Parte A y la Parte B en 2022 es de \$7,550. Los montos que paga por los deducibles, los copagos y el coseguro de los servicios cubiertos cuentan a favor del monto máximo de desembolso directo. Los montos que paga por las primas del plan y por los medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para el monto máximo de desembolso directo. Si alcanza el monto máximo de desembolso directo de \$7,550, ya no pagará más costos de desembolso directo durante el resto del año en lo que respecta a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B).

Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los proveedores le envíen una “factura de saldos”

Como miembro de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), una protección importante para usted es que después de que alcance los deducibles, solo debe pagar el monto del costo compartido cuando recibe los servicios cubiertos por su plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, denominados “facturación de saldos”. Esta protección (que usted nunca paga más que el monto del costo compartido) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

A continuación, se describe cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces solo deberá pagar dicho monto por los servicios cubiertos que reciba de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca deberá pagar un monto mayor que dicho porcentaje. No obstante, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
 - Si recibe los servicios cubiertos por parte de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según lo que se determina en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pero que participa con Medicare, deberá pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare a los proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como por ejemplo, cuando obtiene una autorización previa).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa con Medicare, deberá pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare a los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como por ejemplo, cuando obtiene una autorización previa).
- Si considera que un proveedor le “ha facturado cargos adicionales”, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

No permitimos que los proveedores le envíen una factura por los servicios cubiertos. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es verdadero incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio. Si recibe una factura de parte de un proveedor, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto pagará

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

La Tabla de beneficios médicos que se encuentra en las páginas siguientes enumera los servicios que cubre Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) y lo que usted paga de desembolso directo por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos solo están cubiertos cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos de Medicare deben brindarse conforme a las pautas de cobertura establecidas por Medicare.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Los servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y el equipo) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Usted recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no será cubierta. En el capítulo 3 se ofrece más información sobre los requisitos para utilizar proveedores de la red y las situaciones en que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que le brinda atención y supervisa esta atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe dar la aprobación previa para que usted pueda consultar con otros proveedores de la red del plan. A esto se lo llama darle una “remisión”. Los servicios cubiertos que requieren una remisión están marcados en la Tabla de beneficios médicos con un *. El capítulo 3 brinda más información acerca de cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no necesita una remisión.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene una aprobación previa (algunas veces se denomina “autorización previa”) de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en negritas en la Tabla de beneficios médicos con una cruz †.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted cuenta con cobertura tanto de parte de Medicare como de Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. Medicaid cubre el costo compartido para los servicios de Medicare, incluidos los copagos y el coseguro. Medicaid también cubre los servicios que Medicare no cubre, como la atención a largo plazo, los medicamentos de venta libre, y los servicios a domicilio y en la comunidad.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si desea recibir más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, busque en su manual *Medicare y usted 2022*. Véalo en Internet en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de los servicios preventivos que están cubiertos sin costo alguno por Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o se le controla por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- Algunas veces, Medicare agrega la cobertura bajo Medicare Original para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega la cobertura para cualquier servicio durante el año 2022, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Si está dentro del período de 6 meses de lo que se considera elegibilidad continua, seguiremos proporcionando todos los beneficios cubiertos del plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que se incluyen conforme al plan estatal de Medicaid correspondiente, ni pagaremos las primas o el costo compartido de Medicare por los que el estado de otro modo sería responsable si usted no hubiera perdido su elegibilidad de Medicaid. Los montos de costo compartido de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante el período.

Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente. Estos servicios se marcan con un **.

Información importante sobre los beneficios para los inscriptos con afecciones crónicas

- Si se le diagnosticaron las afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos requisitos, puede ser elegible para obtener beneficios especiales y complementarios para personas con enfermedades crónicas.
 - trastornos cardiovasculares limitados a:
 - arritmias cardíacas
 - enfermedad coronaria
 - vasculopatía periférica
 - trastorno tromboembólico venoso crónico
 - calificaciones:
 - Debe estar inscrito en el Programa de Control de la Presión Arterial a través de la gestión de la atención de DHMP.
 - Debe haber tenido una visita al especialista o a un PCP con un código de clasificación internacional de enfermedades (International Classification of Diseases, ICD) correspondiente a una de las cuatro afecciones cardiovasculares aplicables que se observan en cualquiera de las posiciones del código de diagnóstico (Dx) del reclamo dentro de los últimos 12 meses.
- Consulte la fila “Beneficios especiales y complementarios para personas con enfermedades crónicas” en la Tabla de beneficios médicos a continuación para obtener más detalles.




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

* Se requiere remisión.

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.




Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Tabla de beneficios médicos**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.</p>	
<p> Evaluación de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Es una evaluación de detección con ultrasonido por única vez para personas en riesgo. El plan solo cubre esta evaluación de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica, para realizar la prueba.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para recibir esta evaluación de detección preventiva.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare conforme a las siguientes circunstancias: A efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido en que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una afección metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No se asocia con una cirugía. • No se asocia con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren un progreso. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año. Se debe interrumpir el tratamiento si el paciente no mejora o presenta un retroceso. Requisitos de los proveedores: Los médicos, como se define en el artículo 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) o la Ley, pueden realizar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales adecuados. Los asistentes médicos (physician assistants, PA), enfermeros profesionales (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS), como se identifica en el artículo 1861 (aa) (5) de la Ley, y el personal auxiliar pueden realizar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales adecuados y cuentan con lo siguiente:</p>	<p>\$0** o el 20% del costo luego de alcanzar el deducible de los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare</p>




Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) <ul style="list-style-type: none"> • una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión para la Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para realizar acupuntura en un estado, territorio o estado independiente (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o el Distrito de Columbia <p>El personal auxiliar que realice acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS según lo requerido en los reglamentos del título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR), artículos 410.26 y 410.27.</p>	
Servicios de ambulancia <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el establecimiento adecuado más cercano donde se pueda proporcionar la atención, solamente si dichos servicios se brindan a un miembro cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona, o si lo autoriza el plan. • El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si se documenta que el estado de salud del miembro es tal que otros medios de transporte pondrían en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. 	<p>\$0** o el 20% del costo luego de alcanzar el deducible de los servicios de ambulancia terrestre y aérea cubiertos por Medicare</p> <p>Si lo ingresan al hospital, usted paga \$0 por los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>† Se requiere autorización previa para los servicios cubiertos por Medicare que no sean de emergencia y los servicios de ambulancia aérea.</p>


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Visita de bienestar anual Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y los factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita de bienestar anual no puede programarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya realizado una visita “Bienvenido a Medicare” para tener las visitas de bienestar anuales cubiertas después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para las visitas de bienestar anuales.
 Densitometría ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, las que están en riesgo de perder masa ósea o de sufrir osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para las densitometrías óseas cubiertas por Medicare.
 Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • una mamografía inicial para mujeres entre 35 y 39 años de edad • una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años y mayores • exámenes clínicos de senos una vez cada 24 meses 	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación cardíaca* Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con ciertas condiciones con una remisión del médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que son generalmente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	\$0** o el 20% del costo de cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare
 Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablarle sobre el uso de la aspirina (si es adecuado), revisar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo bien.	No hay coseguro, copago ni deducible para recibir el beneficio preventivo de la enfermedad cardiovascular con terapia del comportamiento intensiva.
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses)	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.
 Evaluación de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Los exámenes de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si usted tiene alto riesgo de tener cáncer de cuello uterino o vaginal, o está en edad fértil y ha tenido un examen de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses. 	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación 	\$0** o el 20% del costo de cada servicio de visita al quiropráctico cubierta por Medicare
 Evaluación de detección de cáncer colorrectal Para personas mayores de 50 años, están cubiertos los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> sigmoidoscopia flexible (o evaluación de detección con enema de bario, como alternativa) cada 48 meses Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: <ul style="list-style-type: none"> examen para detección de sangre oculta en heces a base de guayacol (guaiac-based fecal occult blood test, gFOBT) prueba inmunoquímica fecal (fecal immunochemical test, PIF) análisis de ADN para detección de cáncer colorrectal, cada 3 años Para personas con alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal, cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> colonoscopia de detección (o evaluación de detección con enema de bario como alternativa) cada 24 meses Para personas que no tienen alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal, cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia 	No hay coseguro, copago ni deducible para la evaluación de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. \$0** o el 20% del costo de los enemas de bario y exámenes digitales del recto cubiertos por Medicare
Servicios dentales† En general, los servicios dentales preventivos (tales como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Cubrimos servicios dentales limitados, sujetos a las limitaciones y exclusiones, y a las políticas de procesamiento de Delta Dental. Todos los Servicios dentales (continuación)†	\$0 de copago por todos los servicios dentales cubiertos Máximo de \$1,500 por año calendario. Esto significa que una vez que usted

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>reclamos (excepto por los servicios preventivos y de diagnóstico) están sujetos a una revisión realizada por el consultor dental:</p> <p><u>Diagnóstico y preventivo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • limpieza (hasta 2 por año calendario) • exámenes orales (hasta 2 exámenes por año calendario) • radiografías periapicales (una vez por año calendario) • radiografías oclusales (una vez por período de 60 meses) • radiografías de aleta de mordida (un conjunto por año calendario) • radiografías panorámicas o de boca completa (una vez por período de 60 meses) • barniz de fluoruro (uno por año calendario) • otros servicios de diagnóstico (hasta 2 por año) <p><u>Básico</u>†</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empastes (hasta 1 por diente cada 12 meses. Los empastes múltiples en una superficie se pagarán como un único empaste. El reemplazo de un empaste de amalgama existente está permitido si han transcurrido al menos 12 meses desde que se colocó). <ul style="list-style-type: none"> • Los empastes compuestos posteriores se pagarán al nivel del empaste de amalgama. • Otros servicios básicos de restauración (una vez por período de 12 meses). • Extracciones (una por diente, de por vida). • Otra cirugía bucal. • Endodoncia. <ul style="list-style-type: none"> • tratamiento de conducto radicular inicial (una vez por diente, de por vida) • retratamiento (uno en 24 meses) • apicectomía (una en 24 meses) • otro tratamiento de endodoncia (uno en 24 meses) <p>Servicios dentales (continuación)†</p>	<p>alcance \$1,500 en servicios dentales pagos, Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) no pagará por ningún servicio dental adicional. Usted será financieramente responsable del pago de los gastos de desembolso directo por servicios dentales adicionales una vez que supere los \$1,500 pagados por el plan.</p>



Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Periodoncia quirúrgica (una en un período de 24 meses por cuadrante) si se trata menos de un cuadrante completo, los beneficios se basarán en la tarifa de un cuadrante parcial. La anestesia local y la atención posoperatoria de rutina no se permiten por separado como beneficios. • Gingivectomía. • Procedimiento de colgajo gingival <ul style="list-style-type: none"> • cirugía ósea e injertos de tejidos blandos • injerto de reemplazo óseo • Periodoncia no quirúrgica <ul style="list-style-type: none"> • raspado y alisado radicular (una vez cada 24 meses por cuadrante) 	
Complejo†	
<ul style="list-style-type: none"> • Incrustaciones, cubrimientos y coronas dentales. <ul style="list-style-type: none"> ○ Incrustaciones: La asignación de un beneficio alternativo para un empaste de amalgama se hará para el mismo número de superficies. La diferencia de tarifa se le cobrará al miembro. No cubierto para niños menores de 12 años. ○ Coronas y recubrimientos: Cubiertos cuando el diente no pueda ser restaurado con un empaste de amalgama o compuesto, y si han pasado más de 60 meses desde el último reemplazo. No cubierto para niños menores de 12 años. • Reconstrucción de muñones dentales (un servicio por diente cada 60 meses). • Procedimientos de cementación (una vez por dentista, de por vida). • Prostodoncia. <ul style="list-style-type: none"> ○ dentaduras postizas y parciales removibles (una vez por arco cada 60 meses) ○ ajustes (después de 6 meses de la colocación, 2 por dentadura durante 12 meses) ○ procedimientos de rebasado y restauración con resina (uno cada 36 meses por aparato) 	
Servicios dentales (continuación)†	


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ○ acondicionamiento de tejidos (dos por arco cada 36 meses) ○ reparaciones (sin frecuencia después de los seis meses posteriores al reemplazo) <p>Dentaduras postizas parciales fijas (puentes): El puente fijo inicial está cubierto. El reemplazo de un puente fijo existente está cubierto si el puente fijo existente tiene más de 60 meses de antigüedad, no es utilizable y no se puede reparar, y no hay ningún pago previo de beneficios especiales restaurativos o prostodónticos para el mismo diente. No cubierto para niños menores de 16 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● servicios adjuntos ● tratamiento paliativo (cubierto como un beneficio aparte si no se proporciona ningún otro servicio durante la visita, excepto un examen o radiografías) <ul style="list-style-type: none"> ○ seccionamiento de dentaduras parciales fijas ○ sedación profunda y anestesia general solo cuando se utiliza en conjunto con la cirugía bucal cubierta 	
Membresía para los centros de Denver Parks and Recreation <p>Le brindamos una membresía anual por persona a los centros de Denver Parks and Recreation. Para inscribirse, lleve su tarjeta de id. de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) y una identificación con foto válida al centro de recreación de su elección.</p> <p>Nota: Esta membresía no incluye el costo de participar en las clases. Es posible que tenga que pagar una pequeña tarifa para inscribirse en las clases de entrenamiento físico.</p>	\$0 por la membresía

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Evaluación de detección de depresión Cubrimos una evaluación de detección de depresión por año. La evaluación de detección se debe realizar en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o remisiones.	No hay coseguro, copago ni deducible para una visita para la evaluación de detección de depresión anual.
 Evaluación de detección de diabetes Cubrimos estas evaluaciones de detección (incluye las pruebas de glucosa en ayuno) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de valores anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de altos niveles de azúcar (glucosa) en sangre. Las pruebas también podrían estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, podría ser elegible para recibir hasta dos evaluaciones de detección de diabetes cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para las evaluaciones de detección de diabetes cubiertas por Medicare.


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>* Se requiere remisión.</p> <p>† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</p> <p>** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.</p>	
<p> Capacitación para el automanejo de la diabetes, suministros y servicios para la diabetes†</p> <p>Para todas las personas con diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para determinar la glucosa en sangre, lancetas y dispositivos con lancetas, y soluciones de control de glucosa que sirven para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. <ul style="list-style-type: none"> ○ Los suministros de prueba para diabéticos de Trividia Health y los sistemas de control continuo de glucosa Freestyle Libre no requieren autorización. Los demás proveedores requieren autorización. • Para personas con diabetes con pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida por año calendario (incluidas las plantillas proporcionadas con dichos zapatos) y dos pares de plantillas adicionales, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas desmontables no personalizadas proporcionadas con dichos zapatos). La cobertura incluye la adaptación del calzado. • En determinadas circunstancias, la capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta. 	<p>\$0** o el 20% del costo por zapatos o plantillas terapéuticos, la capacitación para el automanejo de la diabetes y los insumos para el control de la diabetes cubiertos por Medicare</p> <p>† No hay límites para los fabricantes de insumos o servicios para la diabetes.</p> <p>† Aplica para insumos para diabetes.</p>


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Equipo médico durable (DME) y suministros relacionados† (Para ver una definición de “equipo médico durable”, consulte el capítulo 12 de este folleto). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones accionados, insumos para diabetes, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso domiciliario, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario y que esté cubierto por Medicare Original. Si nuestro prestador en su área no trabaja con una marca o un fabricante en particular, puede consultarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de prestadores está disponible en nuestro sitio web: www.denverhealthmedicalplan.org .	\$0** o el 20% del costo luego de alcanzar el deducible de los suministros del DME cubiertos por Medicare † Se requiere autorización previa para todos los DME y las prótesis con un precio de compra de \$ 500 o más. † Se requiere autorización previa para todos los DME alquilados.
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son: <ul style="list-style-type: none"> • proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia • necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona inexperta prudente y que tenga un conocimiento promedio de la salud y la medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, pérdida de una extremidad o pérdida de función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. El costo compartido para los servicios de emergencia proporcionados fuera de la red es el mismo al que se cobraría si dichos servicios se proporcionaran dentro de la red.	\$0** o el 20% del costo (hasta \$90) por las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare Si lo ingresan al hospital dentro de los 3 días siguientes, usted paga \$0 por la visita a la sala de emergencias. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que se establezca su afección de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para continuar con la cobertura de su atención,

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia (continuación) La atención de emergencia no está cubierta fuera de Estados Unidos y sus territorios.	o bien, debe recibir la atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red con autorización del plan y el costo será el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.
 Programas educativos sobre el bienestar y la salud A los miembros se les ofrecen los servicios de educación de la salud BeWell Well-Being (Strong Body Strong Mind), que incluyen programas de educación sobre el bienestar basados en Internet y a su propio ritmo. El Programa BeWell Well Being (Strong Body Strong Mind) está diseñado para apoyar la salud de nuestros miembros brindando información e intervenciones, que incluyen materiales escritos para la educación del paciente, videos y evaluaciones en Internet. Los miembros tienen acceso a una línea directa de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	\$0 de copago para los servicios de salud y bienestar

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de audición Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Además, cubrimos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • hasta un examen de audición de rutina complementario cada tres años • hasta \$1,500 para audífonos complementarios cada tres años • adaptación/evaluación ilimitada para los audífonos complementarios 	\$0** o el 20% del costo de los exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare \$0 de copago para los exámenes de audición de rutina, uno cada tres años hasta \$1,500 para audífonos (ambos oídos combinados) cada tres años \$0 de copago para la adaptación/evaluación para los audífonos
 Evaluación de detección del VIH Para las personas que solicitan una evaluación de detección del VIH o que corren mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> • una evaluación de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • un máximo de tres evaluaciones de detección durante el embarazo 	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para realizarse las evaluaciones preventivas de detección del VIH cubiertos por Medicare.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.</p>	<p>cuando obtiene estos servicios</p>
<p>Atención por parte de una agencia de atención médica a domicilio*†</p> <p>Antes de recibir los servicios médicos a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y ordenará que se los proporcione una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado en el domicilio, lo cual significa que salir de su casa es un esfuerzo mayor.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de asistente de salud a domicilio y de enfermería especializada de tiempo parcial o intermitente (para que estén cubiertos conforme al beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de asistente de salud a domicilio y de enfermería especializada combinados deben dar un total de menos de 8 horas por día y de 35 horas por semana). • Terapia física, ocupacional y del habla. • Servicios sociales y médicos. • Equipos y suministros médicos. 	<p>\$0 de copago para la atención médica a domicilio cubierta por Medicare</p>


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Terapia de infusión domiciliaria La terapia de infusión domiciliaria consiste en la administración de medicamentos o productos biológicos por vía intravenosa o subcutánea a una persona en su domicilio. Los componentes necesarios para realizar la infusión intravenosa domiciliaria incluyen el medicamento (por ejemplo, antiviral, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, conductos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> • servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, suministrados de acuerdo con el plan de atención • capacitación y educación para el paciente no cubiertas de otra manera, conforme con el beneficio del equipo médico durable • control remoto • servicios de control para la provisión de la terapia de infusión domiciliaria y los medicamentos de infusión intravenosa domiciliaria suministrados por un prestador de terapia de infusión intravenosa domiciliaria calificado 	\$0** o el 20% del costo de la terapia de infusión domiciliaria cubierta por Medicare
Cuidados paliativos Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted es elegible para recibir el beneficio del centro de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le dieron un pronóstico terminal que certifica que usted es un enfermo terminal y le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue en su curso normal. El médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para el control de síntomas y el alivio del dolor • atención de relevo de corto plazo • atención a domicilio 	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, los servicios del centro de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Medicare Original, no Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP). \$0 de copago para los servicios de consulta del

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <p><u>Para los servicios del centro de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará los servicios del centro de cuidados paliativos relacionados con su pronóstico terminal. Mientras sea parte del programa de cuidados paliativos, el proveedor del centro de cuidados paliativos le facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original paga.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de emergencia o que no sean urgentes y que estén cubiertos bajo la Parte A o B de Medicare y no están relacionados a su pronóstico terminal, el costo por estos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solamente paga el monto del costo compartido del plan por los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido conforme a Medicare Fee-for-Service (Medicare Original). <p><u>Para los servicios que están cubiertos por Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</u> Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) continuará cubriendo los servicios cubiertos del plan que no se cubren conforme a la Parte A o B, ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la sección 9.4 del capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?</i>).</p>	<p>centro de cuidados paliativos de Medicare (por única vez)</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cuidados paliativos (continuación) Nota: Si necesita atención que no son cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta del centro de cuidados paliativos (por una única vez) para una persona con una enfermedad terminal y que no ha elegido el beneficio del centro de cuidados paliativos.	
 Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • vacuna contra la neumonía • vacuna contra la gripe, una vez por cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias • vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraerla • vacuna contra la COVID-19 • otras vacunas si usted está en riesgo y si cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas conforme al beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la COVID-19, neumonía, influenza y hepatitis B.
Atención hospitalaria como paciente hospitalizado*† Incluye servicios para pacientes hospitalizados agudos, rehabilitación de pacientes hospitalizados, atención hospitalaria a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. La atención hospitalaria como paciente hospitalizado comienza el día en que usted ingresa formalmente al hospital con un pedido médico. El día anterior al que le den el alta es su último día como paciente hospitalizado. <i>El plan cubre 90 días por período de beneficios.</i> Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:	\$0** o \$1,556 de deducible por cada período de beneficios <ul style="list-style-type: none"> • días 1 a 60: \$0 de copago por cada período de beneficios

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención hospitalaria como paciente hospitalizado (continuación)*†</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • alimentos, incluidas las dietas especiales • servicios normales de enfermería • costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de atención intensiva o coronaria) • Medicamentos y medicaciones. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Insumos médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como las sillas de ruedas. • Costos de las salas de operaciones y de recuperación. • Terapia física, ocupacional y del habla/lenguaje. • Servicios para casos de abuso de sustancias en pacientes hospitalizados. <p>En ciertas circunstancias, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, e intestinos y vísceras. Si necesita un trasplante, dispondremos que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y este decidirá si usted es candidato para recibir un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del área habitual de atención en la comunidad, usted puede elegir recibir los servicios de trasplante localmente, siempre y cuando los proveedores estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) brinda servicios de trasplante en una ubicación fuera del área habitual de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir el trasplante en esta ubicación distante, arreglaremos o pagaremos los costos adecuados de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • días 61 a 90: \$389 de copago por día de cada período de beneficios • días 91 y posteriores: \$778 de copago por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días en el transcurso de su vida) • luego de los días de reserva de por vida: Todos los costos <p>Los copagos por los beneficios en un establecimiento de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) y en un hospital se basan en los períodos de beneficios. El período de beneficio comienza el día en que usted es ingresado como paciente hospitalizado y termina cuando no haya recibido atención alguna como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) por 60 días consecutivos. Si lo ingresan en un hospital o SNF después de que se haya terminado el período de beneficios, comenzará un período nuevo. Usted debe pagar el deducible de</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria como paciente hospitalizado (continuación)*† <ul style="list-style-type: none"> Sangre (incluso el almacenamiento y la administración). La cobertura de sangre entera y concentrados de glóbulos rojos comienza únicamente a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite: usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o tiene que recibir sangre donada por usted u otra persona. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. Servicios del médico. <p>Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarlo formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Incluso si se queda en el hospital de un día para otro, podría considerársele un “paciente ambulatorio”. Si no sabe con certeza si se le considera paciente hospitalizado o paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede obtener más información en una hoja de datos de Medicare que se llama “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare: ¡pregunte!” Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	los servicios de hospitalización por cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios. Si recibe atención autorizada como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, el costo será el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red. † Se requiere autorización previa para todos los servicios de rehabilitación aguda.
Atención de salud mental como paciente hospitalizado*† <ul style="list-style-type: none"> Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren estadía en el hospital. Obtiene en toda su vida hasta 190 días de atención como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico. Los servicios hospitalarios como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico se deducen de los 190 días de límite en la vida solo si se cumple con ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica para servicios de paciente 	\$0** o \$1,556 de deducible por cada período de beneficios <ul style="list-style-type: none"> días 1 a 60: \$0 de copago por cada período de beneficios días 61 a 90: \$389 de copago por día de cada período de beneficios


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria como paciente hospitalizado (continuación)*† hospitalizado psiquiátrico proporcionados en un hospital general. <ul style="list-style-type: none"> • Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted será admitido en el hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> • días 91 y posteriores: \$778 de copago por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días en el transcurso de su vida) • luego de los días de reserva de por vida: Todos los costos <p>Los copagos por los beneficios en un establecimiento de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) y en un hospital se basan en los períodos de beneficios. El período de beneficio comienza el día en que usted es ingresado como paciente hospitalizado y termina cuando no haya recibido atención alguna como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) por 60 días consecutivos. Si lo ingresan en un hospital o SNF después de que se haya terminado el período de beneficios, comenzará un período nuevo. Usted debe pagar el deducible de los servicios de hospitalización por cada período de beneficios. No</p>


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria como paciente hospitalizado (continuación)*†	hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.
<p>Estadía en el hospital: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente hospitalizado en el hospital no cubierta*†</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estadía de paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos dicha estadía. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un establecimiento de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios del médico • pruebas de diagnóstico (por ejemplo, pruebas de laboratorio) • radiografías, radioterapia y terapia de isótopos incluidos los servicios y materiales de los técnicos • vendajes quirúrgicos • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • prótesis y aparatos ortopédicos (excepto dentales) que reemplazan la totalidad o una parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o una parte de la función de un órgano interno del cuerpo inoperante de manera permanente o que funciona mal, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos dispositivos 	<p>Cuando su estadía ya no está cubierta, estos servicios estarán cubiertos de la manera en que se describe en la tabla de beneficios.</p>
<p>Estadía en el hospital: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente hospitalizado en el hospital no cubierta*† (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • soportes para brazos, piernas, espalda y cuello; bragueros; piernas, brazos u ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o • cambio en la afección física del paciente 	


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • terapia física, del habla y ocupacional 	
Beneficios de comidas Las comidas se ofrecen para cada paciente hospitalizado o internado en un establecimiento de enfermería especializada (SNF) (después del alta).	\$0 de copago por hasta 21 comidas durante hasta 10 días luego del alta para cada paciente hospitalizado o internado en un SNF. Puede utilizar este beneficio un número ilimitado de veces al año.
 Terapia nutricional médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando sea remitido por su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personal e individual durante el primer año que reciba los servicios de terapia nutricional médica con Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original), y 2 horas por año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, también podría recibir más horas de tratamiento con una remisión del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su remisión anualmente si su tratamiento es necesario en el siguiente año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para recibir servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Programa de Medicare para la Prevención de Diabetes (MDPP) Los servicios del Programa de Medicare para la Prevención de Diabetes (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios de Medicare elegibles, de todos los planes de salud de Medicare. El programa MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento respecto de la salud, que proporciona capacitación práctica para cambios dietarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludables.	No hay coseguro, copago ni deducible para recibir el beneficio de MDPP.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare† Estos medicamentos están cubiertos por 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 lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos que usualmente el paciente no se autoadministra y que se inyectan o se infunden mientras usted recibe servicios de un médico, como paciente ambulatorio en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria • medicamentos que toma utilizando el equipo médico durable (como los nebulizadores) que el plan autorizó • factores de coagulación que usted se inyecta si tiene hemofilia • medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante de órgano • medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en el domicilio, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estuvo relacionada con la osteoporosis posmenopáusica, y no puede autoadministrarse el medicamento • antígenos 	\$0** o el 20% del costo de los medicamentos de quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare † Solo se requiere autorización para medicamentos de la Parte B no preferidos.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) † <ul style="list-style-type: none"> • ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas • ciertos medicamentos para diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para heparina cuando sea medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis • inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p>También cubrimos algunas vacunas conforme al beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y de la Parte D.</p> <p>El capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que se cubran los medicamentos con receta. En el capítulo 6, encontrará información sobre lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan.</p>	
 Evaluación de detección de obesidad y terapia para promover una pérdida de peso sostenida <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, en donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para averiguar más.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la evaluación de detección de obesidad y terapia preventivas.</p>
Servicios del Programa de Tratamiento de Opioides* <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por el uso de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:</p>	<p>\$0** o el 20% del costo de los servicios del programa de tratamiento de opioides cubiertos por Medicare</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios del Programa de Tratamiento de Opioides* (continuación) <ul style="list-style-type: none"> • medicación para el tratamiento basado en medicaciones (medication-assisted treatment, MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) • dispensación y administración de dichas medicaciones (de ser necesario) • asesoramiento para casos de uso de sustancias • sesiones de terapia individual y grupal • exámenes toxicológicos • actividades de admisión • evaluaciones periódicas 	
Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios* Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Terapia de radiación (radioterapia y terapia de isótopos), incluidos los suministros y materiales de los técnicos. • Suministros quirúrgicos, como los vendajes. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones. • Pruebas de laboratorio. • Sangre (incluso el almacenamiento y la administración). La cobertura de sangre entera y concentrados de glóbulos rojos comienza únicamente a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite: usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o tiene que recibir sangre donada por usted u otra persona. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios. 	\$0** o el 20% del costo luego de alcanzar el deducible de las pruebas/los procedimientos de diagnóstico ambulatorio, los servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico ambulatorios, los suministros y los servicios de sangre cubiertos por Medicare * No se aplica para los suministros.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios*</p> <p>Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se proporcionan para determinar si necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se brindan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y las normas del personal hospitalario para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital de un día para otro, podría considerársele un “paciente ambulatorio”. Si no sabe con certeza si se lo considera paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede obtener más información en una hoja de datos de Medicare que se llama “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare: ¡pregunte!” Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>\$0** o el 20% del costo luego de alcanzar el deducible de cada uno de los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que obtiene en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p>	<p>\$0** o el 20% del costo luego de alcanzar el deducible de los servicios hospitalarios para pacientes</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.</p>	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • atención de salud mental, incluida la atención brindada en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, de lo contrario, haría falta realizar tratamiento de pacientes hospitalizados • radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • insumos médicos, como férulas y yesos • ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital de un día para otro, podría considerársele un “paciente ambulatorio”. Si no sabe con certeza si se lo considera paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede obtener más información en una hoja de datos de Medicare que se llama “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare: ¡pregunte!” Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	ambulatorios cubiertos por Medicare

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: servicios de salud mental brindados por un médico o un psiquiatra con licencia del estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un enfermero profesional, un asistente médico u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales correspondientes.	\$0** o el 20% del costo luego de alcanzar el deducible de cada visita de terapia grupal o individual cubierta por Medicare
Servicios de rehabilitación ambulatoria*† Los servicios cubiertos incluyen lo siguientes: terapia física, ocupacional, del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación ambulatoria se proporcionan en diversos entornos para pacientes ambulatorios, tales como departamentos de hospital para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y establecimientos integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF).	\$0** o el 20% del costo luego de alcanzar el deducible de los servicios de rehabilitación cubiertos por Medicare † Se requiere autorización a partir de la 31.ª visita.
Servicios para casos de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: psicoterapia individual o grupal, servicios de asesoramiento familiar y medicamentos con receta médicamente necesarios que estén cubiertos por la Parte D de Medicare. Un terapeuta con licencia proporciona los servicios para pacientes ambulatorios en el departamento para pacientes ambulatorios de una clínica o un hospital.	\$0** o el 20% del costo luego de alcanzar el deducible de los servicios para casos de abuso de sustancias, individuales o grupales, cubiertos por Medicare


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios* Nota: Si tendrá una cirugía en un establecimiento hospitalario, debe consultar con su proveedor acerca de si será un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por la cirugía ambulatoria. Incluso si se queda en el hospital de un día para otro, podría considerársele un “paciente ambulatorio”.	\$0** o el 20% del costo después de deducible de los servicios de cirugía ambulatorios cubiertos por Medicare brindados en un establecimiento hospitalario para pacientes ambulatorios y en centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios
Envíos por correo de venta libre (OTC) Usted es elegible para obtener una asignación trimestral de \$220 que se utilizará para la compra de productos de salud y bienestar de venta libre (Over-the-Counter, OTC) disponibles a través de nuestro servicio de envíos por correo de venta libre. Puede consultar el catálogo y el formulario en www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-medicare-OTC . Para recibir sus productos, envíe el formulario de pedido por correo o fax. Su asignación está disponible al comienzo de cada trimestre del año del plan (enero, abril, julio y octubre). El monto de la asignación trimestral no utilizada no se transferirá al siguiente trimestre.	Se cubre hasta \$220 cada tres meses. La parte no utilizada <u>no</u> se traslada al próximo trimestre. La terapia de reemplazo de nicotina (Nicotine Replacement Therapy, NRT) está cubierta.
Servicios de hospitalización parcial*† La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, proporcionado como servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio del médico o del terapeuta, y que es una alternativa a la hospitalización del paciente.	\$0** o el 20% del costo luego de alcanzar el deducible de los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • servicios de cirugía o de atención médica médicamente necesarios brindados en un consultorio médico, en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o en cualquier otra ubicación • consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista • exámenes de audición y equilibrio básicos realizados por un PCP o un especialista, si su médico los solicita para averiguar si necesita tratamiento médico • algunos servicios de telesalud (por ejemplo, la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional) para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en fase terminal para miembros con diálisis domiciliaria en un centro hospitalario o de acceso crítico de diálisis renal, un establecimiento de diálisis renal o el domicilio del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral sin importar la ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, sin importar la ubicación. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico de 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un nuevo paciente. ○ El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días. ○ El control no requiere de una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más próxima disponible. • Evaluación del video o las imágenes enviadas al médico, y la interpretación y el seguimiento del médico dentro de las 24 horas si: 	\$0** o el 20% del costo luego de alcanzar el deducible para cada visita al consultorio del médico/proveedor de atención primaria o cada visita al consultorio del especialista cubiertas por Medicare * Solo para las visitas al especialista


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)* <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un nuevo paciente. ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días. ○ La evaluación no requiere de una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más próxima disponible. ● Consultas realizadas por su médico con otros médicos a través del teléfono, el Internet o la evaluación electrónica del historial médico. ● Segunda opinión por otro proveedor de la red antes de la cirugía. ● Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para el tratamiento de radiación de enfermedad neoplásica maligna, o servicios que estarían cubiertos si los proporcionara un médico). 	
Servicios de podología* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ● diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espolón calcáneo) ● atención de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores 	\$0** o el 20% del costo luego de alcanzar el deducible para cada visita al podólogo cubierta por Medicare
 Evaluación de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años de edad y más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes (una vez cada 12 meses): <ul style="list-style-type: none"> ● examen digital del recto ● análisis del antígeno prostático específico (prostate specific antigen, PSA) 	No hay coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Dispositivos protésicos y suministros relacionados*† Dispositivos (no dentales) que reemplazan toda o una sección de una parte o una función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas para colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, soportes, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con los dispositivos protésicos, así como la reparación o el reemplazo de los dispositivos protésicos. También incluye cierta cobertura posterior a la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Para obtener más detalles, consulte “Atención de la visión” más adelante en esta sección.	\$0** o el 20% del costo luego de alcanzar el deducible de los dispositivos protésicos y los suministros cubiertos por Medicare † Se requiere autorización para todos los DME y las prótesis con un precio de compra de \$500 o más.
Servicios de rehabilitación pulmonar* Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (obstructive pulmonary disease, EPOC) moderada o grave y una remisión para la rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	\$0** o el 20% del costo luego de alcanzar el deducible de los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare
 Evaluación de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una evaluación de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluso mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que aún no dependen de él. Si obtiene un resultado positivo para el abuso de alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones cortas de asesoramiento en persona al año (si está consciente y atento durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico calificado de atención primaria o un profesional en un entorno de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de la detección y el asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>* Se requiere remisión.</p> <p>† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</p> <p>** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.</p>	
<p> Tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) para la detección de cáncer de pulmón</p> <p>Las personas que califican para este beneficio, tienen una tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT) cubierta cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son los siguientes: las personas de 55 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de fumar al menos 30 paquetes de cigarrillos por año, que actualmente fuman, o que han dejado de fumar en los últimos 15 años, quienes reciben una orden escrita para una LDCT durante una visita de asesoramiento sobre la evaluación de detección de cáncer de pulmón y la toma de decisiones compartidas, que cumple los criterios de Medicare respecto de dichas visitas. La orden debe ser proporcionada por un médico o por un profesional calificado que no sea un médico.</p> <p><i>Para las LDCT para las evaluaciones de detección de cáncer de pulmón después de la LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden escrita para la LDCT para el examen de detección de cáncer de pulmón, la cual puede obtenerse durante cualquier visita adecuada con un médico o un profesional calificado que no sea un médico. Si un médico, o un profesional calificado que no sea un médico, elige proporcionarle una visita de asesoramiento sobre la evaluación de detección de cáncer de pulmón y la toma de decisiones compartidas para evaluaciones de detección de cáncer de pulmón posteriores con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para tales visitas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas ni para la LDCT cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Evaluación de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS Cubrimos evaluaciones de detección de infecciones de transmisión sexual (sexually transmitted infections, ETS) para la clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas evaluaciones de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ETS, cuando un proveedor de atención primaria solicita las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales en persona de asesoramiento del comportamiento de alta intensidad de entre 20 y 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer una ETS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si lo brinda un proveedor de atención primaria y ocurren en un entorno de atención primaria, como el consultorio médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para recibir el beneficio preventivo para la evaluación de detección de ETS y el asesoramiento para prevenir ETS cubierto por Medicare.
Servicios para tratar enfermedades renales* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado de los riñones y para ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros que tienen enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando lo remite su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación para enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explicó en el capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo admiten como paciente hospitalizado en un hospital para atención especial). 	\$0** o el 20% del costo luego de alcanzar el deducible de los servicios de educación sobre enfermedades renales o de diálisis renal cubiertos por Medicare


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales (continuación)* <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación de autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis domiciliaria). • Equipos y suministros para diálisis domiciliaria. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, visitas por parte de trabajadores capacitados en diálisis para que examinen su diálisis domiciliaria, le ayuden en emergencias y examinen su equipo de diálisis y el suministro de agua, cuando sea necesario). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de la <p>Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte en la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.</p>	
Atención en un establecimiento de enfermería especializada (SNF)* (Para ver una definición de “atención en un establecimiento de enfermería especializada”, consulte el capítulo 12 de este folleto. Los establecimientos de enfermería especializada se los denomina “SNF”). <i>El plan cubre 100 días por período de beneficios.</i> Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Alimentos, incluidas las dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Terapia física, ocupacional y del habla. • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (incluidas las sustancias naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre (incluso el almacenamiento y la administración). La cobertura de sangre entera y concentrados de glóbulos rojos comienza únicamente a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite: usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o tiene que 	<ul style="list-style-type: none"> • días 1 a 20: \$0 de copago por período de beneficio • días 21 a 100: \$0** o \$194.50 de copago por período de beneficio • día 101 en adelante: todos los costos <p>No se requiere hospitalización previa.</p> <p>Los copagos por los beneficios en un establecimiento de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) y en un hospital se basan en los períodos de beneficios. El período de beneficio comienza el día en que usted es ingresado</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un establecimiento de enfermería especializada (SNF) (continuación)*</p> <p>recibir sangre donada por usted u otra persona. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos y quirúrgicos que comúnmente proporcionan los SNF. • Pruebas de laboratorio que comúnmente proporcionan los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que comúnmente proporcionan los SNF. • Uso de aparatos como sillas de ruedas que comúnmente proporcionan los SNF. • Servicios de un médico/profesional. <p>Generalmente, le brindarán atención de SNF en los establecimientos de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones descritas más abajo, quizá pueda recibir atención en un establecimiento que no sea un proveedor de la red, si el establecimiento acepta los montos de nuestro plan para el pago.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar para personas mayores o una comunidad para jubilados con atención continua donde usted estaba viviendo justo antes de ingresar en el hospital (siempre que este brinde atención en el establecimiento de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted abandona el hospital. 	<p>como paciente hospitalizado y termina cuando no haya recibido atención alguna como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) por 60 días consecutivos. Si se lo ingresa en un hospital o SNF después de que se haya terminado un período de beneficios, comenzará un período nuevo. Usted debe pagar el deducible de los servicios de hospitalización por cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.</p>


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.</p>	<p>cuando obtiene estos servicios</p>
<p> Dejar de fumar y de utilizar tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco)</p> <p><u>Si usa tabaco, pero no tiene señales de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos asesoramientos para intentar dejar de fumar en un período de 12 meses como un servicio preventivo sin ningún costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.</p> <p><u>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco, o toma algún medicamento que podría verse afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos asesoramientos para intentar dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para recibir los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos†</p> <p>Cuando está inscrito en el Programa de Control de la Presión Arterial y se lo identifica como enfermo crónico a través de criterios basados en reclamos, es elegible para recibir un tensiómetro. El plan brindará el tensiómetro. El plan no le reembolsará si usted lo compra.</p>	<p>Se cubre hasta un tensiómetro de hasta \$140 cada tres años para los miembros calificados. † Se requiere autorización previa.</p>


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Terapia de ejercicio supervisada (SET)* La terapia de ejercicio supervisada (supervised exercise therapy, SET) está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, EAP) sintomática y una remisión para EAP del médico responsable del tratamiento con EAP. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: <ul style="list-style-type: none"> • consistir en sesiones de 30 a 60 minutos, que comprenden un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para EAP en pacientes que padecen claudicación • ser llevado a cabo en un entorno hospitalario ambulatorio o en un consultorio médico • ser administrado por el personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicios para EAP • estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero profesional/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital El SET puede cubrirse más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas durante 36 sesiones adicionales durante un período extendido de tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	\$0** o el 20% del costo luego de alcanzar el deducible para cada visita de terapia de ejercicio supervisada cubierta por Medicare
Servicios de transporte Cubrimos transporte médico que no es de emergencia de ida y vuelta a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas. Los traslados deben programarse al menos 48 horas antes de la cita.	\$0 de copago por los traslados de ida y vuelta ilimitados a través de Access2Care
Servicios de atención urgente y necesaria	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los servicios de atención urgente y necesaria son aquellos que se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica no anticipada y que no es de emergencia, pero que requiere atención médica de inmediato. Los servicios de atención urgente y necesaria pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red estén temporalmente no disponibles o no accesibles.</p> <p>El costo compartido para los servicios de atención urgente y necesaria que se prestan fuera de la red es el mismo que se cobraría si se prestaran dentro de la red.</p> <p>La atención urgente y necesaria no está cubierta fuera de los Estados Unidos.</p>	<p>\$0** o el 20% del costo (hasta \$65) para cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare</p> <p>Si lo ingresan al hospital dentro de los 3 días siguientes, usted paga \$0 de copago por la visita de atención de urgencia.</p>
<p> Atención de la visión</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento de la degeneración de la mácula asociada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes oculares de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto. • Para personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma incluyen, entre otras, personas que tienen antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroestadounidenses de 50 o más años de edad y los estadounidenses hispanos de 65 años o mayores. • Las evaluaciones de detección de retinopatía diabética están cubiertas una vez al año para las personas que tienen diabetes. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya el injerto de un lente intraocular (si le realizan dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). 	<p>\$0** o el 20% del costo del diagnóstico y tratamiento de afecciones visuales cubiertos por Medicare, incluida una prueba de detección de glaucoma por año para las personas en riesgo</p> <p>\$0 de copago por hasta un examen ocular de rutina cada año</p> <p>Tiene cobertura de hasta \$250 para lentes de contacto o 1 par de anteojos (lentes y marcos) por año.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0.	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de la visión (continuación) La cobertura adicional de la visión incluye lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • hasta un examen ocular de rutina cada año • cobertura para lentes de contacto o 1 par de anteojos (lentes y marcos) cada año 	
 Visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la visita preventiva única de “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye una revisión de su salud, además de educación y asesoramiento con respecto a los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas evaluaciones de detección y vacunas), y remisiones para recibir otro tipo de atención, si es necesario. Importante: cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solamente dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando hace su cita, informe al consultorio del médico que quisiera programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.	No hay coseguro, copago o deducible para la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)

Sección 3.1 Servicios no cubiertos por Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)

Para determinar si los servicios excluidos de Medicare están cubiertos por Medicaid, los miembros deben revisar el *Resumen de beneficios* de Medicaid o ponerse en contacto con nosotros al 303-602-2111 o realizar una llamada gratuita al 1-877-956-2111 (TTY 711). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

Los siguientes servicios no están cubiertos por Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) pero están disponibles a través de Medicaid:

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- atención de la visión (más allá del beneficio complementario brindado por Elevate Medicare Choice [HMO D-SNP])
- atención dental (más allá del beneficio complementario proporcionado por Elevate Medicare Choice [HMO D-SNP])
- enfermería privada
- atención prenatal y posparto, incluido el parto
- cobertura del recién nacido, incluidas las visitas domiciliarias de enfermeros
- audífonos (más allá del beneficio complementario brindado por Elevate Medicare Choice [HMO D-SNP])
- atención de rutina de los pies
- esterilización y anticonceptivos

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan o Medicaid?

Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan o Medicaid (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos” por Medicare o Medicaid. Excluido significa que Medicare o Medicaid no cubren estos servicios.

La tabla a continuación describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por Medicare ni Medicaid bajo ninguna circunstancia, o que están cubiertos por Medicare o Medicaid únicamente bajo circunstancias específicas.

No pagaremos por los servicios médicos excluidos que figuran en la tabla a continuación, excepto bajo las circunstancias específicas indicadas. Única excepción: pagaremos si se descubre por apelación que un servicio de la tabla que figura a continuación es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la sección 6.3 del capítulo 9 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones sobre servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la tabla que figura a continuación.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en circunstancias específicas
Acupuntura		✓ Se cubren para dolor lumbar crónico.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en circunstancias específicas
Procedimientos cosméticos o cirugía plástica		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubren en casos de lesión por accidente o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo que tenga una malformación.</p> <p>Se cubren todas las etapas de reconstrucción del seno después de una mastectomía y también del seno no afectado a fin de producir una apariencia simétrica.</p>
<p>El cuidado de custodia es la atención que se brinda en un hogar para personas mayores, un centro de cuidados paliativos u otro entorno de algún establecimiento cuando usted no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada.</p> <p>El cuidado de custodia es la atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como los cuidados para asistirle con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.</p>	✓	
<p>Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicaciones</p> <p>Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos determinados por nuestro plan y por Medicare Original como no aceptados generalmente por la comunidad médica.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Pueden estar cubiertos por Medicare Original, bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Para obtener más información sobre estudios de investigación clínica, consulte la sección 5 del capítulo 3).</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en circunstancias específicas
Cargos que cobran sus parientes más cercanos o miembros de su hogar por brindarle atención	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	✓	
Comidas entregadas al domicilio		✓ Se cubren 21 comidas en 10 días luego del alta para cada paciente hospitalizado o internado en un SNF.
Los servicios de personal doméstico incluyen asistencia básica en el hogar, incluidas las tareas domésticas menores o preparación de comidas livianas.	✓	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	✓	
Atención dental que no es de rutina		✓ La atención dental necesaria para tratar una enfermedad o lesión puede cubrirse como atención ambulatoria o como paciente hospitalizado. Para obtener una lista de los beneficios dentales, consulte la sección 2.1 del capítulo 4.
Zapatos ortopédicos		✓ Si los zapatos son parte de un soporte ortopédico para pierna y están incluidos en el costo del soporte, o los zapatos son para una persona con pie diabético
Artículos personales en su habitación en un hospital o un establecimiento de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión	✓	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en circunstancias específicas
Habitación privada en un hospital		✓ Se cubre solamente cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y suministros de medicamentos anticonceptivos sin receta	✓	
Atención quiropráctica de rutina.		✓ La manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación está cubierta
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas	✓	
Exámenes oculares de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK, y otras herramientas para tratar problemas de la disminución de la visión		✓ Se cubre un examen ocular de rutina cada año, \$250 cada año para anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto.
Atención de rutina de los pies		✓ Se proporciona cobertura limitada, conforme a las pautas de Medicare, (p. ej., si tiene diabetes).
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para la colocación de los audífonos.		✓ Se cubre un examen de audición de rutina y \$1,500 para audífonos cada tres años. Se cubren la adaptación y evaluación de manera ilimitada.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original	✓	
Dispositivos de soporte para pies		✓ Se cubren zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DENTALES
(qué no está cubierto)**LIMITACIONES GENERALES: TODOS LOS SERVICIOS**

Los siguientes servicios y artículos no están cubiertos por sus beneficios dentales, tal como se describe en la Tabla de beneficios en “Servicios dentales”. Si tiene preguntas sobre los beneficios dentales, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

- a) Beneficios alternativos: A menudo, se puede utilizar más de un servicio o suministro para el tratamiento. Al decidir el monto permitido en un reclamo, el plan considerará otros materiales y métodos de tratamiento. El pago se limitará al monto cubierto por el servicio cubierto menos costoso que cumpla con los estándares aceptados de atención dental según lo determine Delta Dental. La persona cubierta y su proveedor pueden optar por un tratamiento más costoso. Delta Dental pagará el costo del procedimiento seleccionado utilizando el nivel de coseguro que se muestra en la tabla de beneficios. El pago se limitará al monto cubierto por el tratamiento menos costoso. **Solo los servicios cubiertos son elegibles para recibir beneficios alternativos.**
- b) Los servicios temporales se cubrirán como parte del servicio final. El beneficio asignado para dicho servicio y el servicio final se limitan al beneficio asignado para el servicio final.
- c) El plan pagará los procedimientos realizados al mismo tiempo y como parte de un procedimiento primario por el monto asignado para el procedimiento primario.
- d) Los servicios están cubiertos cuando los presta una persona legalmente autorizada para realizar dichos servicios y se determina que son necesarios y adecuados. Los beneficios se basarán en los términos de este plan y las políticas de procesamiento de Delta Dental, incluso si no se paga dinero.
- e) Los procedimientos pre y posoperatorios se consideran parte de cualquier servicio cubierto asociado. El beneficio se limitará al monto cubierto por el servicio cubierto.
- f) La anestesia local se considera parte de cualquier servicio cubierto asociado. El beneficio se limitará al monto cubierto por el servicio cubierto.
- g) El monto cubierto por un servicio cubierto iniciado pero no completado se limitará al monto determinado por Delta Dental.
- h) La asignación para un asistente de cirujano, cuando Delta Dental determine que es un servicio cubierto, no superará el 20% de los honorarios del cirujano por el mismo servicio cubierto.
- i) Los servicios relacionados con otra categoría de servicios cubiertos pueden estar cubiertos en el mismo porcentaje que la categoría relacionada de servicios cubiertos.
- j) No se compensarán los servicios cubiertos cuando se presten en respuesta a lesiones o afecciones cubiertas por las leyes de indemnización por accidentes de trabajo o de responsabilidad del empleador.
- k) Los servicios cubiertos no se compensarán cuando los brinde una agencia federal o estatal.
- l) No se compensarán los servicios cubiertos sin costo por una ciudad, un condado u otra subdivisión política.
- m) No se compensarán los servicios cubiertos por los cuales la persona no tendría que pagar si no tuviera seguro, como aquellos prestados a un familiar o empleado del proveedor.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- n) No se compensará ningún servicio cubierto iniciado cuando la persona no esté cubierta en virtud del presente contrato. Esto incluye cualquier servicio iniciado durante un período de espera aplicable.
- o) No se compensarán los servicios cubiertos brindados para el tratamiento de defectos de nacimiento o crecimiento, **excepto** por los servicios bucales para el tratamiento de una afección relacionada con el labio leporino o el paladar hendido.
- p) No se compensará ningún servicio cubierto prestado de manera principal con fines cosméticos, excepto cuando se otorgue un beneficio alternativo según lo establecido en el contrato.
- q) La porcelana o resina fusionada con metal para coronas o puentes después del primer molar se consideran servicios cosméticos. La asignación se limitará al servicio cubierto menos costoso que cumpla con los estándares aceptados de atención dental según lo determine Delta Dental, y el paciente será responsable del resto de la tarifa aprobada por el proveedor.
- r) No se compensarán los servicios cubiertos para tratar la estructura dental perdida por erosión, desgaste, abrasión o abfracción.
- s) No se compensarán los servicios cubiertos cuando se presten como resultado de una alineación, oclusión o contorno inadecuados.
- t) Los servicios cubiertos relacionados con la estabilización periodontal de los dientes (ferulización) no serán compensados.
- u) No se compensarán los servicios cubiertos cuando no resulten exitosos para mejorar la salud bucal del paciente debido a la afección del paciente.
- v) No se compensarán los servicios cubiertos cuando se presten en previsión de una necesidad futura (**excepto** los servicios preventivos cubiertos).
- w) No se compensarán los servicios cubiertos para los procedimientos de injerto cuando se completen en la boca donde no hay dientes.
- x) No se compensarán los servicios cubiertos para injertos de tejidos desde fuera de la boca a la boca
- y) No se compensarán los servicios cubiertos que no se presten de acuerdo con la ley estatal de Colorado.
- z) No se compensarán los servicios cubiertos si los administra una persona que no sea una persona con licencia para realizarlos.
- aa) No se compensarán los servicios cubiertos para tratar cualquier afección, que no sea una enfermedad, anomalía o afección oral o dental.
- bb) No se compensarán los servicios cubiertos para reemplazar artículos perdidos, robados o dañados.
- cc) No se compensarán los servicios cubiertos para reparar artículos modificados por alguien que no sea un proveedor.
- dd) No se compensarán los servicios cubiertos por los cuales no se habrían efectuado cargos de no ser por esta cobertura, excepto los servicios provistos conforme a Medicaid.
- ee) No se compensarán los servicios cubiertos cuando se presten como resultado de una autolesión.
- ff) No se compensará el injerto óseo cuando se realice en el mismo sitio que una extracción dental, apicectomía o hemisección (**excepto** por el injerto óseo específico para la colocación de implantes si se indica en los servicios cubiertos).
- gg) No se compensarán los servicios cubiertos prestados para el tratamiento de los dientes retenidos en relación con una sobredentadura.
- hh) No se compensará ningún servicio de prostodoncia prestado dentro de los 7 años calendario de los servicios de restauración especiales que involucren los mismos dientes.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- ii) No se compensará ningún servicio de restauración especial prestado dentro de los 7 años calendario de los servicios de prostodoncia fijos que involucren los mismos dientes.
- jj) No se compensarán los aparatos prostodónticos removibles (puentes y parciales) en el mismo arco, excepto cuando la dentadura fija (el puente) reemplace los dientes frontales.

EXCLUSIONES

- a) Protectores bucales deportivos y servicios de función de la mandíbula, registro o análisis de mordidas o servicios relacionados.
- b) Sedación consciente y otros servicios de manejo de pacientes.
- c) Cargos por medicamentos recetados.
- d) Tratamiento experimental o de investigación.
- e) Costos hospitalarios o cualquier cargo por el uso de un establecimiento.
- f) Visitas a domicilio o a centros de atención extendida, a hospitales o a centros quirúrgicos ambulatorios.
- g) *Omitido intencionalmente.*
- h) Dentaduras completas provisionales.
- i) Dentadura fija provisional soportada por implante/pilar para arco desdentado.
- j) Terapia para el habla o la función de la lengua o el rostro.
- k) Cobertura utilizada como restauración definitiva.
- l) Exposición de la corona anatómica y servicios relacionados.
- m) Regeneración pulpar y servicios relacionados.
- n) Injerto óseo, materiales biológicos, regeneración de tejidos con cirugía perirradicular y servicios relacionados.
- o) Barra conectora o dentadura parcial pediátrica y servicios relacionados.
- p) Cualquier servicio de ortodoncia no incluido de manera específica en los servicios cubiertos ya mencionados.
- q) Tratamiento de problemas de articulación temporomandibular (temporomandibular joint, ATM), incluido el dolor facial o cualquier afección relacionada. Servicios de diagnóstico, prevención o tratamiento.
- r) Estudio de tomografía.
- s) Imágenes fotográficas.
- t) Captura o interpretación de imágenes de tomografía de haz cónico, resonancia magnética (magnetic resonance imaging IRM), ultrasonido, sialoendoscopia.
- u) Índice de implantes.
- v) Tomas de muestras.
- w) Toda vestibuloplastia.
- x) Todo servicio de prótesis maxilofacial.
- y) Todo reposicionamiento quirúrgico de dientes, osteoplastia, osteotomía, procedimientos de LeFort.
- z) Todo servicio complicado de sutura y reconstrucción.
- aa) Todo servicio de trasplante o reimplantación.
- bb) Toda colocación de un dispositivo de anclaje temporal.
- cc) Toda extracción de un hueso.
- dd) Toda corticotomía.
- ee) Accesorios de precisión y servicios relacionados.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- ff) Reparación o restauración de la protección oclusal y servicios relacionados.
- gg) Servicios de enseñanza.
- hh) Compleción de formularios. Provisión de información de diagnóstico. Copia de registros.
Impuesto sobre las ventas. Servicios de traducción.
- ii) Cargos por citas perdidas/canceladas.
- jj) Programas de prevención y control de placas, incluidos los artículos de atención en el hogar.
- kk) Férula provisional.
- ll) Blanqueamiento interno y externo.
- mm) Todo servicio no incluido en los servicios cubiertos.

CAPÍTULO 5

Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción	113
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D...	113
Sección 1.2	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan...	114
SECCIÓN 2	Adquirir los medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan	115
Sección 2.1	Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red	115
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red.....	115
Sección 2.3	Cómo utilizar los servicios de envío por correo del plan.....	116
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?.....	117
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no forma parte de la red del plan?...	117
SECCIÓN 3	Los medicamentos deben estar en la “<i>Lista de medicamentos</i>” del plan	118
Sección 3.1	La “ <i>Lista de medicamentos</i> ” indica los medicamentos de la Parte D que están cubiertos.....	118
Sección 3.2	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la <i>Lista de medicamentos</i> ?.....	119
SECCIÓN 4	Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos	120
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?.....	120
Sección 4.2	¿Qué tipo de restricciones?.....	120
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?	121
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía?	122
Sección 5.1	Hay medidas que puede tomar si su medicamento no está cubierto en la forma que usted desearía.....	122
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la <i>Lista de medicamentos</i> o si está restringido de algún modo?	122
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia?	124
Sección 6.1	La <i>Lista de medicamentos</i> puede cambiar durante el año.....	124
Sección 6.2	¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que usted toma?	125

SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?..	127
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	127
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de membresía cuando obtenga un medicamento	128
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de membresía.....	128
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de membresía?	128
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	129
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o en un establecimiento de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan?.....	129
Sección 9.2	¿Qué sucede si es residente de un centro de atención a largo plazo (LTC)?.	129
Sección 9.3	¿Qué pasa si usted también está recibiendo cobertura de medicamentos de un plan grupal de un empleador o de jubilados?	130
Sección 9.4	¿Qué sucede si usted está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?	130
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de las medicaciones	131
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura.....	131
Sección 10.2	Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar la medicación opioide de forma segura.....	132
Sección 10.3	Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a manejar la medicación.....	132



¿Cómo puede obtener información acerca de los costos de los medicamentos?

Debido a que es elegible para recibir los beneficios de Medicaid, reúne los requisitos para recibir, y recibe, “Extra Help” (Ayuda adicional) de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Debido a que usted se encuentra en el programa “Extra Help” (Ayuda adicional), **es posible que parte de la información en esta *Evidencia de cobertura acerca de los costos de los medicamentos con receta de la Parte D* no se aplique para usted.** Le enviamos un documento aparte, denominado “Cláusula adicional de la *Evidencia de cobertura* para personas que reciben 'Extra Help (Ayuda adicional)' para pagar medicamentos con receta" (también conocida como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”) que le explica la cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios del Plan de Salud y solicite la “Cláusula adicional LIS”. (Los números de teléfono de Servicios del Plan de Salud están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 **Introducción**

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

En este capítulo, **se explican las reglas para utilizar su cobertura para los medicamentos de la Parte D.** El siguiente capítulo explica lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*).

Además de la cobertura de los medicamentos de la Parte D, Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) también cubre algunos medicamentos conforme a los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que recibe durante estadías en un hospital o en un establecimiento de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos, incluso ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que recibe durante una visita al consultorio y medicamentos que recibe en un establecimiento de diálisis. En el capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*), se describen los beneficios y costos para los medicamentos durante una estadía cubierta en un hospital o un establecimiento de enfermería especializada, al igual que los beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Los medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si usted se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Nuestro plan solamente cubre los servicios de las Partes A, B y D de Medicare y los medicamentos que no están relacionados con su pronóstico terminal y afecciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio del centro de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la sección 9.4 (*¿Qué sucede si usted está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?*). Para obtener más información sobre la cobertura en un centro de cuidados paliativos, consulte la sección del centro de cuidados paliativos del capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Las siguientes secciones abordan la cobertura de sus medicamentos según las reglas de beneficios de la Parte D del plan. La sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye más información sobre la cobertura de la Parte D y Medicare Original.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos para usted por los beneficios que obtiene de Medicaid. Para obtener información sobre qué medicamentos están cubiertos por su plan de Medicaid, comuníquese con HCPF (Colorado Medicaid). La información de contacto se encuentra en la sección 6 del capítulo 2 (*Medicaid*).

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

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

- Un proveedor (un médico, un odontólogo u otra persona que emite la receta) le debe escribir su receta.
- La persona que emite la receta debe aceptar Medicare o presentar documentación ante los CMS que indique que reúne los requisitos para escribir recetas, o su reclamo de la Parte D será denegado. La próxima vez que llame o visite a la persona que emite la receta, debe preguntarle si cumple con esta condición. Si no, tenga en cuenta que a la persona que emite la receta le lleva tiempo presentar la documentación que debe procesarse.
- Por lo general, debe adquirir su medicamento con receta en una farmacia de la red. (Consulte la sección 2, *Adquirir los medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan*).
- El medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos)* del plan (la denominamos “*Lista de medicamentos*” para abreviar). (Consulte la sección 3, *Los medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- El medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento, que esté aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration), o esté respaldado por ciertos manuales de referencia. (Consulte la sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Adquirir los medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan

Sección 2.1 Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta se cubren *únicamente* si se adquieren en las farmacias de la red del plan. (Consulte la sección 2.5 para obtener información sobre las circunstancias en que cubriríamos los medicamentos con receta adquiridos en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene contrato con el plan para proporcionarle los medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” hace referencia a todos los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos en la *Lista de medicamentos* del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red
--

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

Para buscar una farmacia de la red, puede consultar en el *Directorio de farmacias*, visitando nuestro sitio web (www.denverhealthmedicalplan.org), o llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita una renovación de un medicamento que ha estado tomando, puede pedir una receta nueva escrita por un proveedor o que se transfiera su receta a la nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que usted usa deja de formar parte de la red del plan, tendrá que buscar una nueva farmacia que pertenezca a la red. Para buscar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o utilizar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web www.denverhealthmedicalplan.org.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunas veces, los medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (long term care, LTC). Por lo general, un centro de atención a largo plazo (como un

hogar para personas mayores) tiene su propia farmacia. Si usted está en un establecimiento de LTC, debemos asegurarnos de que usted pueda recibir, de manera habitual, sus beneficios de la Parte D a través de nuestras farmacias LTC, que generalmente es la farmacia que utiliza el establecimiento de LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un establecimiento de LTC, comuníquese con Servicios del Plan de Salud.

- Farmacias que prestan servicios del Programa de Servicios de Salud para Indígenas Tribales/Urbanos (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, únicamente los nativos estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que entregan medicamentos que están restringidos por la FDA a determinadas ubicaciones o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación no debe ser frecuente).

Para localizar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de envío por correo del plan

El servicio de envío por correo del plan requiere que ordene ***al menos un suministro del medicamento para 84 días y para no más de 100 días.***

Para obtener información sobre cómo adquirir los medicamentos con receta por correo, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Generalmente, un envío por correo por parte de la farmacia le llegará en un máximo de 10 días. Si sus envíos por correo se retrasan y usted cree que se quedará sin medicación antes de que lleguen dichos envíos por correo, puede comunicarse con la farmacia minorista local dentro de la red. Ellos trabajarán con el plan para autorizar que se retire un suministro suficiente de su medicación. Puede llamar a Servicios del Plan de Salud para recibir ayuda (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para ver si desea la medicación de inmediato o en otro momento. Esto le dará a usted la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entrega el medicamento correcto (lo que incluye la dosis, el monto y la presentación) y, si fuera necesario, le permitirá a usted detener o demorar el pedido antes de que se le facture o se le envíe. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia le contacte, para dejarles saber qué hacer con la nueva receta y para evitar demoras en el envío.

Renovaciones de recetas en pedidos por correo. Para obtener renovaciones, comuníquese con su farmacia 10 días antes de cuando crea que se quedará sin medicamentos para asegurarse de que le enviemos su próximo pedido a tiempo.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

A fin de que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informarle a la farmacia cuál es la mejor forma de comunicarse con usted. Si cambia su domicilio o número de teléfono, actualícelo comunicándose con la farmacia de pedido por correo llamando al número que figura en el frasco del medicamento con receta y a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, el costo compartido puede ser más bajo. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro de medicamentos de “mantenimiento” a largo plazo (también llamado “suministro prolongado”) de la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que se toman frecuentemente, por una afección médica crónica o de largo plazo). Puede ordenar este suministro a través de una farmacia con envíos por correo (consulte la sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. El *Directorio de farmacias* le informa qué farmacias en nuestra red le pueden proporcionar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
2. Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el **servicio de envío por correo** de la red del plan. El servicio de envío por correo del plan requiere que ordene *al menos* un suministro del medicamento para 84 días y *para no más* de 100 días. Consulte la sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de envíos por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no forma parte de la red del plan?**Los medicamentos con receta pueden tener cobertura en ciertas situaciones**

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se adquieren en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede adquirir sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. Si usted no puede utilizar una farmacia de la red, a continuación se enumeran las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- los medicamentos con receta que obtiene en relación con la atención de emergencia cubierta, un suministro para hasta 10 días
- los medicamentos con receta que obtiene en relación con la atención urgente y necesaria cubierta cuando los proveedores de la red no están disponibles, un suministro para hasta 10 días

En estas situaciones, **primero consulte a Servicios del Plan de Salud** para saber si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono de Servicios del Plan de Salud están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que se le exija que pague la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo debe solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo completo (en lugar de pagar su parte del costo normal) al momento de adquirir los medicamentos con receta. Puede solicitarnos que le hagamos un reembolso por nuestra parte del costo. (En la sección 2.1 del capítulo 7 se explica cómo solicitarle al plan que le haga un reembolso).

SECCIÓN 3 Los medicamentos deben estar en la “*Lista de medicamentos*” del plan

Sección 3.1	La “<i>Lista de medicamentos</i>” indica los medicamentos de la Parte D que están cubiertos
--------------------	--

El plan cuenta con una “*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos)*”. En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos la “*Lista de medicamentos*” para abreviar.**

El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la *Lista de medicamentos* del plan.

La *Lista de medicamentos* incluye los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare (anteriormente en este capítulo, la sección 1.1 explica acerca de los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos para usted por los beneficios que obtiene de Medicaid. Para obtener información sobre los medicamentos que están cubiertos por su plan de beneficios de Medicaid, comuníquese con Colorado Medicaid (HCPF). La información de contacto se encuentra en la sección 6 del capítulo 2 (*Medicaid*).

Por lo general, cubriremos un medicamento de la *Lista de medicamentos* siempre que usted cumpla con las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” se refiere al uso del medicamento que debe estar *ya sea*:

- Aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration). (Esto quiere decir que la Administración de Medicamentos y Alimentos [Food and Drug Administration] ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para la que se recetó).

- *O bien*, apoyado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y la información del sistema DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos genéricos y de marca

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, tiene el mismo efecto que el medicamento de marca y usualmente cuesta menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos con receta y tienen el mismo efecto. Para obtener más información, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué medicamentos *no* están en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (si desea obtener más información, consulte la sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en nuestra *Lista de medicamentos*.
- En algunos casos, los medicamentos que no están cubiertos por Medicare podrían estar cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Para obtener información sobre los medicamentos que están cubiertos por su plan de beneficios de Medicaid, comuníquese con Colorado Medicaid (HCPF). La información de contacto se encuentra en la sección 6 del capítulo 2 (Medicaid).

Sección 3.2	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?
--------------------	---

Usted tiene 3 formas para averiguarlo:

1. Consultar la *Lista de medicamentos* más reciente que le enviamos por correo.
2. Visitar el sitio web del plan (www.denverhealthmedicalplan.org). La *Lista de medicamentos* en el sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llamar a Servicios del Plan de Salud para averiguar si un medicamento en particular se encuentra en la *Lista de medicamentos* del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios del Plan de Salud están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, algunas reglas especiales restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos en las formas más eficaces. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo cual hace que su cobertura de medicamentos sea más asequible.

En general, nuestras reglas tienen por finalidad que usted obtenga un medicamento eficaz para su afección médica y que sea seguro. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona con la misma eficacia médica que un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarles a usted y a su proveedor a que usen esa opción de menor costo. Nosotros también necesitamos cumplir con las reglas y los reglamentos de Medicare para la cobertura de medicamentos y los costos compartidos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Si desea que eliminemos la restricción para usted, deberá usar el proceso de decisiones de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Nosotros podemos aceptar, o no, que se anule la restricción en su caso. (Consulte la sección 7.2 del capítulo 9 si desea información sobre cómo solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *Lista de medicamentos*. Esto se debe a que se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos según determinados factores, como la dosis, el monto o la presentación del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg; uno por día en comparación con dos por día; en comprimidos o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

Nuestro plan utiliza diversos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar medicamentos en las formas más eficaces. En las siguientes secciones, se le explicará más sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando una versión genérica está disponible

Por lo general, un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca y usualmente cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica.** Generalmente, no cubriremos un medicamento de marca cuando haya una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que para

usted no funcionarán ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección, entonces cubriremos el medicamento de marca. (La parte que le corresponde a usted del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtener por adelantado la aprobación del plan

Para algunos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener una aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. A esto se lo llama “**autorización previa**”. Algunas veces el requisito de obtención de aprobación por adelantado ayuda a fomentar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar primero con un medicamento diferente

Este requisito tiene como objetivo alentarle a probar medicamentos menos costosos, pero igualmente efectivos, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y el medicamento A es menos costoso, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama “**terapia escalonada**”.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos el monto de medicamento que usted puede tener; para ello establecemos un límite para la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que presenta su receta en la farmacia. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar un solo comprimido al día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de un comprimido por día.

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?
--

La *Lista de medicamentos* del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Consulte la *Lista de medicamentos* para conocer si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o consulte nuestro sitio web (www.denverhealthmedicalplan.org).

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Si existe una restricción para el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con Servicios del Plan de Salud para saber qué debería hacer usted o su proveedor a fin de obtener cobertura para el medicamento. Si desea que eliminemos la restricción para usted, deberá usar el proceso de decisiones de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Nosotros podemos aceptar, o no, que se anule la restricción en su caso. (Consulte la sección 7.2 del capítulo 9 si desea información sobre cómo solicitar excepciones).

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

Sección 5.1 Hay medidas que puede tomar si su medicamento no está cubierto en la forma que usted desearía

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Pero es posible que pudiera haber un medicamento con receta que esté tomando actualmente, o uno que usted y su proveedor consideran que debería tomar, que no esté en nuestro *Formulario de medicamentos* o que esté en nuestro formulario pero tenga restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O quizás una versión genérica del medicamento está cubierta, pero no la versión de marca que usted desea tomar.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales sobre la cobertura de ese medicamento. Como se explica en la sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, se le podría exigir que pruebe primero un medicamento diferente para ver si le resulta eficaz, antes de que cubrir el medicamento que usted desea tomar. También podría haber límites en el monto del medicamento (cantidad de comprimidos, etc.) que se cubre durante un período en particular. En algunos casos, es posible que usted desee que anulemos la restricción en su caso.

Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto en la forma que usted desearía.

- Si su medicamento no está en la *Lista de medicamentos* o si su medicamento está restringido, vaya a la sección 5.2 para informarse sobre lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la <i>Lista de medicamentos</i> o si está restringido de algún modo?
--

Si su medicamento no se encuentra en la *Lista de medicamentos* o está restringido, hay cosas que usted puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (únicamente miembros en ciertas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará tiempo a usted y a su proveedor para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud para que se cubra este medicamento.
- Puede cambiar por otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir al plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones que tiene sobre este.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando este no se encuentre en la *Lista de medicamentos* o cuando tenga ciertas restricciones. Esto le proporciona tiempo para que hable con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y resuelva qué debe hacer.

Para ser elegible para obtener un suministro temporal, debe cumplir los dos requisitos siguientes:

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

- El medicamento que usted toma **ya no se encuentra en la *Lista de medicamentos del plan***.
- O bien, el medicamento que ha estado tomando **ahora está restringido de alguna forma** (la sección 4 de este capítulo le informa sobre estas restricciones).

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

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

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de membresía en el plan si usted es nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado**. Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta está hecha para menos días, permitiremos varias renovaciones del medicamento hasta proveer un máximo de medicación para 30 días. El medicamento con receta se debe adquirir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindar el medicamento en montos cada vez más pequeños para evitar el desperdicio).

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

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos, si su receta está escrita para menos días. Esto se suma a la situación de suministro temporal mencionada anteriormente.

Para solicitar un suministro temporal, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Durante el tiempo en que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente que el plan cubra o pedir al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual. Las secciones que figuran a continuación informan más acerca de estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Quizá existe un medicamento diferente cubierto por el plan que pudiera funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios del Plan de Salud para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (Los números de teléfono de Servicios del Plan de Salud están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción para usted y que cubra el medicamento en la forma que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor afirma que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede solicitarle al plan que cubra un medicamento aunque no se encuentre en la *Lista de medicamentos* del plan. O bien, puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la sección 7.4 del capítulo 9 se informa qué debe hacer. Allí se explican los procedimientos y las fechas límite que se establecieron por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje con prontitud y de manera justa.

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

Sección 6.1 La <i>Lista de medicamentos</i> puede cambiar durante el año
--

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos sucede al inicio de cada año (el 1 de enero). No obstante, durante el año, el plan puede hacer cambios en la *Lista de medicamentos*. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o quitar medicamentos de la *Lista de medicamentos*.** Hay nuevos medicamentos disponibles, incluso nuevos medicamentos genéricos. Quizás el gobierno haya otorgado la aprobación para un nuevo uso de un medicamento existente. Algunas veces, se retira del mercado un medicamento y nosotros decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se determinó que es ineficaz.
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que usted toma?**Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando se producen cambios en la *Lista de medicamentos* durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizaremos la *Lista de medicamentos* en Internet con regularidad programada para incluir cualquier cambio que se haya producido después de la última actualización. A continuación indicamos los tiempos en los que usted recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que usted está tomando. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Los cambios en la cobertura de medicamentos lo afectan directamente?

Cambios que pueden afectarle este año: En los casos mencionados a continuación, se verá afectado por el cambio de cobertura durante el año en curso:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la *Lista de medicamentos* (o cambiamos el nivel de los costos compartidos, agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos).**
 - Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra *Lista de medicamentos* si lo reemplazamos por una versión genérica recién aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior, y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra *Lista de medicamentos*, pero inmediatamente moverlo a un nivel más alto de costo compartido, agregar nuevas restricciones o ambos.
 - Es posible que no le informemos por adelantado antes de realizar ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.
 - Usted y la persona que emite la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).
 - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.

- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos incluidos en la *Lista de medicamentos* que se retiran del mercado.**
 - De vez en cuando, un medicamento se retira repentinamente del mercado porque se determinó que no es seguro o por otros motivos. Si esto sucede, el plan eliminará inmediatamente el medicamento de la *Lista de medicamentos*. Si está tomando ese medicamento, le informaremos enseguida de este cambio.
 - La persona que emite la receta también estará enterada de este cambio y puede trabajar con usted para buscar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos de la *Lista de medicamentos*.**
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten a los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podríamos añadir un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca, cambiar el nivel del costo compartido o añadir nuevas restricciones al medicamento de marca. También podemos hacer cambios basados en advertencias en cajas de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos avisarle con un mínimo de 30 días de anticipación o brindarle un aviso del cambio y una renovación de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir este aviso de cambio, debe trabajar con la persona que emite la receta para cambiar a un medicamento diferente que nosotros cubramos.
 - O bien, usted y la persona que emite la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Cambios en los medicamentos de la *Lista de medicamentos* que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: Para los cambios en la *Lista de medicamentos* que no están descritos anteriormente, si actualmente está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no le afectarán hasta el 1 de enero del siguiente año si usted permanece en el plan:

- Si establecemos una nueva restricción a su uso del medicamento.
- Si agregamos o quitamos medicamentos de la *Lista de medicamentos*.

Si cualquiera de estos cambios sucede para un medicamento que usted toma (pero no debido al retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza un medicamento de marca u otro cambio anotado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso ni lo que paga como la parte que le corresponde a usted del costo hasta el 1 de enero del siguiente año. Hasta esa fecha, usted probablemente no vea ningún incremento en sus pagos ni ninguna restricción adicional a su uso del medicamento. Este año no recibirá un aviso directo sobre los cambios que no le afectan. No obstante, el 1 de enero del siguiente año, los cambios le afectarán a usted y es importante que controle la *Lista de medicamentos* del nuevo año de beneficios para conocer cualquier cambio en los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le informa acerca de los tipos de medicamentos con receta que están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

No pagaremos los medicamentos que figuran en esta sección. Única excepción: Si se determina bajo apelación que el medicamento solicitado es uno que no está excluido dentro de la Parte D y deberíamos haberlo pagado o cubierto por su situación específica. (Para obtener más información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, consulte la sección 7.5 del capítulo 9 de este folleto). Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por Medicaid, usted deberá pagarlo.

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se cubriría bajo la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no puede cubrir el uso no indicado en la etiqueta. El “uso no indicado en la etiqueta” es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento como aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration).
 - Por lo general, la cobertura para el “uso no indicado en la etiqueta” se permite únicamente cuando el uso está apoyado por ciertos manuales de referencia, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por ninguno de estos manuales de referencia, nuestro plan no podrá cubrir su “uso no indicado en la etiqueta”.

Además según lo exige la ley, las categorías de los medicamentos enumerados a continuación no están cubiertos por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos podrían estar cubiertos por la cobertura de medicamentos de Medicaid. Para obtener información sobre los medicamentos que están cubiertos por su plan de beneficios de Medicaid, comuníquese con Colorado Medicaid (HCPF). La información de contacto se encuentra en la sección 6 del capítulo 2 (Medicaid).

- medicamentos no recetados (también llamados medicamentos de venta libre)
- medicamentos que se utilizan para estimular la fertilidad
- medicamentos que se utilizan para el alivio de la tos o de los síntomas de resfriado

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

- medicamentos que se utilizan con objetivos cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello
- vitaminas y productos minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con flúor
- medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiere que las pruebas asociadas y los servicios de control se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía cuando obtenga un medicamento

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía

Para obtener su medicamento con receta, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando usted muestra su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red automáticamente facturará al plan nuestra parte de los costos del medicamento con receta cubierto. Usted deberá pagar a la farmacia la parte que le corresponde a *usted* del costo al recoger su medicamento con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de membresía?

Si usted no tiene consigo su tarjeta de membresía del plan al obtener el medicamento con receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **quizás usted tenga que pagar el costo completo del medicamento con receta cuando lo recoja.** (Posteriormente puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde. Consulte la sección 2.1 del capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

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

Si se lo ingresa en un hospital o en un establecimiento de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Una vez que salga del hospital o del establecimiento de enfermería especializada, el plan cubrirá los medicamentos, siempre que estos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos. El capítulo 6 (*Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D*) le proporciona más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Sección 9.2	¿Qué sucede si es residente de un centro de atención a largo plazo (LTC)?
--------------------	--

Generalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (por ejemplo, un hogar para personas mayores) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra los medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del establecimiento, siempre que esta forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información, comuníquese con Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si usted es residente de un centro de atención a largo plazo (LTC) y se inscribe como nuevo miembro del plan?

Si usted necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra *Lista de medicamentos* o está restringido de alguna forma, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será por un máximo de 91 días, o menos si su receta es por menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindar el medicamento en montos cada vez más pequeños para evitar el desperdicio). Si ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos*, o si el plan tiene alguna restricción sobre la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días o menos si la receta indica menos días.

Durante el tiempo en que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Quizá existe un medicamento diferente cubierto por el plan que pudiera funcionar igual de bien para usted. O usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción para usted y que cubra el medicamento en la forma que a usted le gustaría que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la sección 7.4 del capítulo 9 se informa qué debe hacer.

Sección 9.3 ¿Qué pasa si usted también está recibiendo cobertura de medicamentos de un plan grupal de un empleador o de jubilados?

¿Tiene actualmente otra cobertura de medicamentos con receta a través de un grupo de su empleador o de jubilados (o de su cónyuge)? De ser así, póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella pueden ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos con receta con nuestro plan.

En general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos con receta que obtiene de nosotros será *secundaria* respecto a la cobertura grupal de un empleador o de jubilados. Eso significa que su cobertura grupal pagaría en primer lugar.

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

Cada año su grupo de empleador o de jubilación debe enviarle un aviso que informe si su cobertura de medicamentos con receta para el siguiente año calendario es “acreditable” y las opciones que usted tiene de cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan grupal es “**acreditable**”, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare.

Conserve estos avisos sobre la cobertura acreditable porque podría necesitarlos después. Si usted se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, usted podría necesitar estos avisos para mostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si usted no recibió un aviso sobre cobertura acreditable del plan grupal de un empleador o de jubilados, puede solicitarle una copia al administrador de beneficios del plan de su empleador o para jubilados, o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si usted está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita medicación contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos que no están cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni con las afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación, ya sea del proveedor o de la persona que emite la receta del centro de cuidados paliativos, que indique que el medicamento no está relacionado, antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que debería ser cubierto por nuestro plan, puede pedirle al proveedor, o a la persona que emite la receta, del centro de cuidados paliativos que se asegure de que nosotros tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado, antes de hacer el pedido en una farmacia.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

En caso de que usted revoque su elección de centro de cuidados paliativos o de que le den el alta del centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza el beneficio del centro de cuidados paliativos de Medicare, usted debe llevar a la farmacia la documentación para verificar su revocación o su alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que abordan las reglas para obtener cobertura para medicamentos de la Parte D. El capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*) le ofrece más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de las medicaciones

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

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para nuestros miembros con el fin de garantizar que reciban atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. Además, revisamos regularmente nuestros registros. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como los siguientes:

- posibles errores con la medicación
- medicamentos que podrían no ser necesarios porque usted está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica
- medicamentos que podrían no ser seguros ni adecuados por su edad o sexo
- ciertas combinaciones de medicamentos que podrían resultar perjudiciales si las toma al mismo tiempo
- recetas escritas para obtener medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- cantidades no seguras de analgésicos opioides

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

Sección 10.2 Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar la medicación opioide de forma segura

Tenemos un programa que puede ayudar a asegurar que nuestros miembros utilicen de forma segura las medicaciones opioides con receta y otras medicaciones que se abusan con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicaciones opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si sufrió una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicaciones opioides sea adecuado y medicamento necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su uso de medicaciones opioides con receta no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esas medicaciones. Las limitaciones pueden ser:

- exigir que obtenga todas sus recetas de las medicaciones opioides de cierta(s) farmacia(s)
- exigir que obtenga todas sus recetas de las medicaciones opioides de cierto(s) médico(s)
- limitar el monto de las medicaciones opioides que cubriremos para usted

Si creemos que una o más de estas limitaciones deben aplicarse a usted, le enviaremos una carta por adelantado. La carta tendrá información explicando las limitaciones que creemos que deben aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar, así como otra información que considere importante para que la sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estas medicaciones, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de uso incorrecto del medicamento con receta, o no está de acuerdo con la limitación, usted y la persona que emite la receta tienen derecho a solicitarnos una apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le brindaremos una decisión. Si seguimos con la negación de cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a las medicaciones, enviaremos su caso de manera automática a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que el DMP no se aplique a usted si tiene ciertas afecciones médicas, como el cáncer o la anemia falciforme, si está recibiendo servicios del centro de cuidados paliativos, cuidados paliativos o atención en la etapa terminal, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a manejar la medicación

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

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un grupo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a asegurar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (Medication Therapy Management, MTM).

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Algunos miembros que toman medicaciones para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos en medicamentos, o se encuentran en un DMP para ayudar que los miembros utilicen los opioides de manera segura, pueden obtener los servicios a través de un Programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le ofrecerán una revisión integral de todas las medicaciones. Puede conversar sobre cuál es la mejor manera de tomar las medicaciones, los costos, y sobre cualquier problema o duda que tenga acerca de sus medicamentos con receta y la medicación de venta libre. Se le dará un resumen escrito de esta discusión. El resumen tiene un plan de acción respecto de las medicaciones, que recomienda qué puede hacer para lograr el mejor uso de sus medicaciones, con espacio para tomar notas o escribir cualquier pregunta de seguimiento. También recibirá una lista de medicaciones personales que incluirá todas las medicaciones que está tomando y por qué las toma. Además, los miembros del Programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicaciones con receta que son sustancias controladas.

Es buena idea tener la revisión de su medicación antes de su visita de “bienestar” anual, de modo que pueda hablar con su médico acerca de su plan de acción y su lista de medicaciones. Traiga su plan de acción y su lista de medicaciones cuando asista a su visita o en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve con usted su lista de medicaciones (por ejemplo, con su Id.) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adecue a sus necesidades, automáticamente le inscribiremos en el programa y le enviaremos la información. Si decide no participar, avísenos y le retiraremos del programa. Si tiene preguntas acerca de estos programas, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6

*Lo que usted paga por sus
medicamentos con receta de la Parte D*

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**

SECCIÓN 1	Introducción	137
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otros materiales que le explican la cobertura de medicamentos.....	137
Sección 1.2	Tipos de costos de desembolso directo que puede pagar por los medicamentos cubiertos.....	138
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que usted se encuentre al recibir el medicamento	138
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)?.....	138
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de los medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra usted	139
Sección 3.1	Enviamos un resumen mensual denominado <i>Explicación de beneficios</i> de la Parte D (“EOB de la Parte D”).....	139
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre los pagos de medicamentos.....	140
SECCIÓN 4	Durante la etapa de deducible, usted paga el costo completo de sus medicamentos	141
Sección 4.1	Usted permanece en la etapa de deducible hasta que haya pagado \$480 por sus medicamentos.....	141
SECCIÓN 5	Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte de los costos de medicamentos que le corresponde y usted paga su parte	142
Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde obtenga el medicamento con receta	142
Sección 5.2	Tabla que muestra los costos para un suministro de un medicamento para <i>un mes</i>	143
Sección 5.3	Si su médico le receta menos de un suministro de un mes, tal vez no tenga que pagar el costo del suministro para todo el mes.....	144
Sección 5.4	Tabla que muestra los costos de un suministro a <i>largo plazo</i> (suministro para hasta 100 días) de un medicamento.....	144
Sección 5.5	Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales por medicamentos del año alcancen \$4,430.....	145

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 6	Durante la etapa de brecha de cobertura, recibirá un descuento en los medicamentos de marca y pagará no más que el 25% de los costos de los medicamentos genéricos.....	146
Sección 6.1	Usted permanece en la etapa de brecha de cobertura hasta que los costos de desembolso directo alcancen \$7,050.....	146
Sección 6.2	De qué manera Medicare calcula los costos de desembolso directo para los medicamentos con receta.....	147
SECCIÓN 7	Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos	149
Sección 7.1	Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año.....	149
SECCIÓN 8	Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las reciba	149
Sección 8.1	Nuestro plan puede tener una cobertura aparte en la Parte D para la medicación de la vacuna en sí y para el costo de la aplicación de la vacuna	149
Sección 8.2	Puede llamar a Servicios del Plan de Salud antes de recibir la vacuna	151

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**¿Cómo puede obtener información acerca de los costos de los medicamentos?**

Debido a que es elegible para recibir los beneficios de Medicaid, reúne los requisitos para recibir, y recibe, “Extra Help” (Ayuda adicional) de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Debido a que usted se encuentra en el programa “Extra Help” (Ayuda adicional), **es posible que parte de la información en esta *Evidencia de cobertura acerca de los costos de los medicamentos con receta de la Parte D* no se aplique para usted.** Le enviamos un documento aparte, denominado “Cláusula adicional de la *Evidencia de cobertura* para personas que reciben 'Extra Help (Ayuda adicional)' para pagar medicamentos con receta” (también conocida como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”) que le explica la cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios del Plan de Salud y solicite la “Cláusula adicional LIS”. (Los números de teléfono de Servicios del Plan de Salud están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que le explican la cobertura de medicamentos

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo utilizamos “medicamento” para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. Como se explicó en el capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D, algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por disposición legal. Algunos de los medicamentos que se excluyen de la cobertura de la Parte D están cubiertos bajo la Parte A o la Parte B de Medicare o conforme a Medicaid.

Para entender la información sobre pagos proporcionada en este capítulo, debe conocer los conceptos básicos sobre qué medicamentos se cubren, dónde presentar las recetas y qué reglas debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Los siguientes materiales le explican estos conceptos básicos:

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos) del plan.*** Para simplificar, la llamamos “*Lista de medicamentos*”.
 - Esta *Lista de medicamentos* le indica cuáles medicamentos están cubiertos.
 - Si necesita una copia de la *Lista de medicamentos*, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede encontrar la *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web en www.denverhealthmedicalplan.org. La *Lista de medicamentos* en el sitio web es siempre la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este folleto.** En el capítulo 5 se proporcionan los detalles de la cobertura de medicamentos con receta, incluso las reglas que debe seguir al recibir los

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

medicamentos cubiertos. El capítulo 5 le indica los tipos de medicamentos con receta que no están cubiertos por nuestro plan.

- **Directorio de farmacias del plan.** En la mayoría de los casos, usted debe utilizar una farmacia de la red para recibir sus medicamentos cubiertos (consulte el capítulo 5 para obtener los detalles). El *Directorio de farmacias* tiene una lista de las farmacias que pertenecen a la red del plan. También le indica qué farmacias dentro de nuestra red pueden proveerle un suministro a largo plazo de un medicamento (por ejemplo, cómo obtener un medicamento con receta para un suministro de tres meses).

Sección 1.2	Tipos de costos de desembolso directo que puede pagar por los medicamentos cubiertos
--------------------	---

Para entender la información sobre los pagos proporcionada en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de desembolso directo que es posible que tenga que pagar por los servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se llama “costo compartido”, y existen tres maneras en que se le puede pedir que pague.

- El “**deducible**” es el monto que usted debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte del costo.
- “**Copago**” significa que usted paga un monto fijo cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- “**Coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que obtiene un medicamento con receta.

SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que usted se encuentre al recibir el medicamento
------------------	--

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)?
--------------------	---

Como se muestra en la tabla a continuación, existen “etapas de pago de medicamentos” para la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare con Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP). Lo que usted paga por un medicamento depende de en qué etapa está usted en el momento de adquirir o renovar su medicamento con receta. Tenga en cuenta que usted siempre es responsable por la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago del medicamento.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Etapa 1 <i>Deducible anual</i> <i>Etapa</i>	Etapa 2 <i>Cobertura inicial</i> <i>Etapa</i>	Etapa 3 <i>Brecha de cobertura</i> <i>Etapa</i>	Etapa 4 <i>Etapa de</i> <i>cobertura</i> <i>catastrófica</i>
<p>Si recibe “Extra Help” (Ayuda adicional) para pagar sus medicamentos con receta, el monto del deducible será \$0 o \$480, dependiendo del nivel de “Extra Help” (Ayuda adicional) que reciba. (Consulte el monto del deducible en el documento aparte, “Cláusula adicional LIS”).</p> <p><i>Si su deducible es \$0:</i> esta etapa de pago no le afecta a usted.</p> <p><i>Si su deducible es \$480:</i> usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que haya pagado \$480 por los medicamentos.</p> <p>(La sección 4 de este capítulo contiene más detalles).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga la parte del costo de los medicamentos que le corresponde y usted paga la parte que le corresponde a usted.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que los “costos totales de los medicamentos” del año hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) sumen \$4,430.</p> <p>(La sección 5 de este capítulo contiene más detalles).</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (más la tarifa de reparto) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que los “costos de desembolso directo” del año hasta la fecha (sus pagos) alcancen un total de \$7,050. Medicare estableció este monto y las reglas para contar los costos para este monto.</p> <p>(La sección 6 de este capítulo contiene más detalles).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga la mayor parte de los costos de los medicamentos para el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2022).</p> <p>(La sección 7 de este capítulo contiene más detalles).</p>

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

Sección 3.1 Enviamos un resumen mensual denominado *Explicación de beneficios* de la Parte D (“EOB de la Parte D”)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que realizó cuando adquirió o renovó sus medicamentos con receta en la farmacia. De esta forma, le podemos informar cuándo pasó de una etapa de pago del medicamento a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos que registramos:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se denomina costo de **“desembolso directo”**.
- Llevamos el registro sobre los **“costos totales de medicamentos”**. Este es el monto que usted paga de desembolso directo, o que otras personas pagan en su nombre, más el monto pagado por el plan.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Nuestro plan preparará un resumen escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (algunas veces se denomina “EOB de la Parte D”) cuando usted haya obtenido uno o más medicamentos con receta por medio del plan durante el mes anterior. La EOB de la Parte D brinda más información sobre los medicamentos que toma, como los incrementos en el precio y otros medicamentos disponibles con menor costo compartido. Debe consultar con la persona que emite la receta sobre estas opciones de menor costo. La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información correspondiente a ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que ha adquirido en el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagaron usted y otras personas en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** A esto se le llama información “del año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual desde el primer surtido para cada reclamo de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles de menor costo.** Esto incluirá la información sobre otros medicamentos con menor costo compartido para cada reclamo de receta que esté disponible.

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

Para dar seguimiento a sus costos de medicamentos y a los pagos que usted realiza por medicamentos, usamos registros que obtenemos de las farmacias. A continuación, le indicamos cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que nosotros estemos informados de los medicamentos con receta que está adquiriendo y lo que usted está pagando, muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que adquiera su medicamento con receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay veces en que quizás pague los medicamentos con receta y no recibamos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de los costos de desembolso directo. Para ayudarnos a llevar un registro de los costos de desembolso directo, puede entregarnos copias de los recibos de los medicamentos que usted compró. (Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan el pago de nuestra parte del costo del medicamento. Consulte la sección 2 del capítulo 7 de este folleto para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo). Estos son algunos ejemplos de situaciones en las que podría darnos copias de los recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos el registro completo de lo que ha gastado por ellos:

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

- cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no forme parte del beneficio de nuestro plan
- cuando usted efectúa un copago de los medicamentos que se proporcionan bajo un programa de asistencia para pacientes que ofrece un fabricante de medicamentos
- cada vez que compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que paga el precio completo por un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas hagan por usted.** Los pagos que efectúen ciertas personas y organizaciones también cuentan para los costos de desembolso directo y le ayudan a reunir los requisitos para recibir cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos que realice un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia para Medicamentos Contra el Sida (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para los costos de desembolso directo. Debe llevar un registro de estos pagos y enviarnoslos para que podamos hacer un seguimiento de los costos.
- **Consulte el informe escrito que nosotros le enviamos.** Cuando reciba la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) por correo, léala detenidamente para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si piensa que algo falta en el informe o si tiene preguntas, llámenos a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la etapa de deducible, usted paga el costo completo de sus medicamentos

Sección 4.1	Usted permanece en la etapa de deducible hasta que haya pagado \$480 por sus medicamentos
--------------------	--

La mayoría de nuestros miembros recibe “Extra Help” (Ayuda adicional) con los costos de medicamentos con receta, de modo que la etapa de deducible no afecta a muchos de ellos. Si usted recibe “Extra Help” (Ayuda adicional), el monto del deducible depende del nivel de “Extra Help” (Ayuda adicional) que usted reciba. Usted puede hacer lo siguiente:

- no pagar un deducible
- o bien, pagar un deducible de \$99

Consulte el documento aparte (“Cláusula adicional LIS”) para obtener información sobre el monto del deducible.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Si usted no recibe “Extra Help” (Ayuda adicional), la etapa de deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando usted adquiere su primer medicamento con receta del año. Cuando está en esta etapa de pago, **usted debe pagar el costo completo de los medicamentos** hasta que llegue al monto del deducible del plan, que es \$480 en el año 2022.

- El “**costo completo**” es normalmente más bajo que el precio completo normal del medicamento porque nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El “**deducible**” es el monto que debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.

Una vez que usted haya pagado \$480 por los medicamentos, sale de la etapa del deducible y pasa a la siguiente etapa de pago del medicamento, que es la etapa de cobertura inicial.

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

Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde obtenga el medicamento con receta
--------------------	---

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (el monto de copago o coseguro). La parte que le corresponde a usted del costo variará según el medicamento y el lugar donde obtiene el medicamento con receta.

Sus opciones de farmacias

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

- una farmacia minorista que está en la red de nuestro plan
- una farmacia que no pertenece a la red del plan
- farmacia del plan con servicio de envío por correo

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte el capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de farmacias* del plan.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**Sección 5.2 Tabla que muestra los costos para un suministro de un medicamento para *un mes***

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

- **“Copago”** significa que usted paga un monto fijo cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- **“Coseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que obtiene un medicamento con receta.

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

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en la tabla, usted pagará el precio que sea menor por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio total del medicamento *o* el monto del copago, *lo que sea menor*.
- Solamente en situaciones limitadas, cubrimos medicamentos con receta adquiridos en farmacias fuera de la red. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta en una farmacia fuera de la red.

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

Nivel	Costo compartido estándar en farmacias minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro para 30 días)	Costo compartido para la atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro para 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el capítulo 5 para ver los detalles) (hasta un suministro para 10 días).
Medicamentos genéricos (incluye medicamentos de marca tratados como genéricos)	\$0 de copago \$1.35 de copago \$3.95 de copago 15%	\$0 de copago \$1.35 de copago \$3.95 de copago 15%	\$0 de copago \$1.35 de copago \$3.95 de copago 15%
Medicamentos de marca y todos los demás	\$0 de copago \$4 de copago \$9.85 de copago 15%	\$0 de copago \$4 de copago \$9.85 de copago 15%	\$0 de copago \$4 de copago \$9.85 de copago 15%

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**Sección 5.3 Si su médico le receta menos de un suministro de un mes, tal vez no tenga que pagar el costo del suministro para todo el mes**

Por lo general, el monto que usted paga por un medicamento con receta cubre un suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetar menos de un mes de suministro de medicamentos. Puede haber ocasiones en las que desee preguntarle a su médico si puede recetarle menos de un mes de suministro de un medicamento (por ejemplo, cuando usted está probando por primera vez una medicación de la que se sabe que tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes, tal vez no tenga que pagar el suministro de todo el mes de ciertos medicamentos.

El monto que usted paga cuando recibe menos del suministro de un mes completo dependerá de si usted es el responsable de pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si usted es responsable del coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje, independientemente de si la receta es para un suministro para un mes o menos días. Sin embargo, como el costo total del medicamento será menor si recibe menos del suministro para un mes completo, el *monto* que usted paga será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, el copago se basa en la cantidad de días del medicamento que usted recibe. Calcularemos el monto que usted paga por cada día de su medicamento (la “tasa diaria de costo compartido”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.
 - A continuación, se muestra un ejemplo: Digamos que el copago por su medicamento para el suministro de un mes completo (un suministro para 30 días) es \$30. Esto significa que el monto que usted paga por cada día de su medicamento es de \$1. Si recibe un suministro de medicamentos para 7 días, su pago será de \$1 por día multiplicado por 7 días, lo que dará un pago total de \$7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de que tenga que pagar el suministro de un mes. También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le entregue, un suministro de menos de un mes completo de uno o más medicamentos si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de renovación de los diferentes medicamentos con receta y poder hacer menos traslados a la farmacia. El monto que pague dependerá de los días de suministro que reciba.

Sección 5.4 Tabla que muestra los costos de un suministro a largo plazo (suministro para hasta 100 días) de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede recibir un suministro a largo plazo (también conocido como “suministro prolongado”) al presentar su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 100 días. (Para obtener más detalles sobre dónde y cómo recibir un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la sección 2.4 del capítulo 5).

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

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

La parte que le corresponde a usted del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento con receta de la Parte D que está cubierto:

Nivel	Costo compartido estándar en farmacias minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro para 100 días)	Costo compartido de envíos por correo (hasta un suministro para 100 días)
Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos)	\$0 de copago	\$0 de copago
	\$1.35 de copago	\$1.35 de copago
	\$3.95 de copago	\$3.95 de copago
	15%	15%
Medicamentos de marca y todos los demás	\$0 de copago	\$0 de copago
	\$4.00 de copago	\$4.00 de copago
	\$9.85 de copago	\$9.85 de copago
	15%	15%

Sección 5.5	Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales por medicamentos del año alcancen \$4,430
--------------------	--

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos con receta de los que adquirió un suministro o una renovación alcance el **límite de \$4,430 para la etapa de cobertura inicial**.

El costo total de medicamentos se basa en la suma de lo que usted pagó y lo que pagó cualquier plan de la Parte D:

- **Lo que usted pagó** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la sección 6.2 para obtener más información sobre la manera en que Medicare calcula los costos de desembolso directo). Esto incluye:
 - el monto total que usted pagó cuando estaba en la etapa del deducible, lo cual es \$0 o \$480
 - el total que pagó como la parte que le corresponde a usted del costo de los medicamentos durante la etapa de cobertura inicial

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

- **Lo que el plan pagó** como su parte del costo de los medicamentos durante la etapa de cobertura inicial. (Si usted estuvo inscrito en un plan diferente de la Parte D en algún momento durante 2022, el monto que el plan pagó durante la etapa de cobertura inicial también se tiene en cuenta para los costos totales de medicamentos).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado el plan, usted y los terceros en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,430 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto de \$4,430. Si alcanza este monto, dejará la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de brecha de cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la etapa de brecha de cobertura, recibirá un descuento en los medicamentos de marca y pagará no más que el 25% de los costos de los medicamentos genéricos

Sección 6.1	Usted permanece en la etapa de brecha de cobertura hasta que los costos de desembolso directo alcancen \$7,050
--------------------	---

Cuando usted se encuentra en la etapa de brecha de cobertura, el Programa de Descuento para Brecha de Cobertura de Medicare proporciona descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de reparto para los medicamentos de marca. El monto que usted paga y el monto descontado por el fabricante cuentan para los costos de desembolso directo como si usted los hubiera pagado, y eso lo ayuda a pasar por la brecha de cobertura.

También recibe cierta cobertura para los medicamentos genéricos. Usted no paga más que el 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, el monto que paga el plan (75%) no cuenta para los costos de desembolso directo. Solamente cuenta el monto que usted paga, y le ayuda a pasar por la brecha de cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no más que el 25% de los costos de los medicamentos genéricos hasta que el total anual de los pagos de desembolso directo llegue a un monto máximo establecido por Medicare. En 2022, ese monto es \$7,050.

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos de desembolso directo. Cuando usted alcanza el límite de desembolso directo de \$7,050, deja la etapa de brecha de cobertura y pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Sección 6.2	De qué manera Medicare calcula los costos de desembolso directo para los medicamentos con receta
--------------------	---

Las siguientes son las reglas de Medicare que debemos seguir para llevar un registro de los costos de desembolso directo de sus medicamentos.

Estos pagos están incluidos en los costos de desembolso directo

Al realizar la suma de los costos de desembolso directo, **puede incluir** los pagos que figuran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el capítulo 5 de este folleto):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en alguna de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - etapa del deducible
 - etapa de cobertura inicial
 - etapa de brecha de cobertura
- Todos los pagos que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente, antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted mismo** realiza los pagos, estos se incluyen en los costos de desembolso directo.
- Estos pagos *también se incluyen* si **otras personas u organizaciones** los realizan en su nombre. Esto incluye los pagos por los medicamentos que haya hecho un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, los Programas de Asistencia para Medicamentos contra el Sida, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado por Medicare o el Servicio de Salud Indígena. Además, se incluyen los pagos del programa “Extra Help” (Ayuda adicional) de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de Descuento para Brecha de Cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o las personas que pagan en su nombre) haya gastado un total de \$7,050 en costos de desembolso directo en un año calendario, pasará de la etapa de brecha de cobertura a la etapa de cobertura catastrófica.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Estos pagos no están incluidos en los costos de desembolso directo

Cuando usted suma los costos de desembolso directo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos con receta:

- El monto que usted paga por su prima mensual.
- Los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Los medicamentos que recibe en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos que no son de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B, y otros medicamentos que no cubre Medicare.
- Los pagos que realiza para los medicamentos con receta que por lo general no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Los pagos de los medicamentos genéricos o de marca realizados por el plan mientras se encuentra en la etapa de brecha de cobertura.
- Los pagos de los medicamentos realizados por planes de salud grupal, incluso planes de salud del empleador.
- Los pagos de los medicamentos que realizan algunos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos para Veteranos (Veterans Affairs).
- Los pagos de los medicamentos realizados por otra persona con una obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación al trabajador).

Recordatorio: Si alguna otra organización, como las que se mencionaron antes, paga parte o todos los costos de desembolso directo por medicamentos, debe informarlo a nuestro plan. Para proporcionar dicha información, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Cómo puede llevar un registro del total de los gastos de desembolso directo?

- **Le ayudaremos.** El resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de los costos de desembolso directo (la sección 3 de este capítulo le explica sobre este informe). Cuando alcanza un total de \$7,050 en costos de desembolso directo durante el año, este informe le indicará que usted ha dejado la etapa de brecha de cobertura y ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La sección 3.2 le informa lo que puede hacer para ayudar a asegurar que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

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

Sección 7.1	Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año
--------------------	---

Usted reúne los requisitos para la etapa de cobertura catastrófica cuando los costos de desembolso directo alcanzaron el límite de \$7,050 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago durante el resto del año calendario.

Si recibe “Extra Help” (Ayuda adicional) para pagar sus medicamentos con receta, los costos de los medicamentos cubiertos dependerán del nivel de “Extra Help” (Ayuda adicional) que usted reciba. Durante esta etapa, la parte que le corresponde a usted del costo de un medicamento cubierto será una de las siguientes:

- \$0.
- Un coseguro o un copago, lo que sea el monto *mayor*.
 - Un coseguro de 5% del costo del medicamento.
 - *O bien*, \$3.95 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico, y \$9.85 por todos los demás medicamentos.
 - **Nuestro plan paga el resto** del costo.

Consulte el documento aparte (“Cláusula adicional LIS”) para obtener información sobre los costos durante la etapa de cobertura catastrófica.

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las reciba

Sección 8.1	Nuestro plan puede tener una cobertura aparte en la Parte D para la medicación de la vacuna en sí y para el costo de la aplicación de la vacuna
--------------------	--

Nuestro plan proporciona cobertura para una cantidad de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Para averiguar acerca de la cobertura de dichas vacunas, puede consultar la Tabla de beneficios médicos en la sección 2.1 del capítulo 4.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la medicación de la vacuna propiamente dicho**. La vacuna es un medicamento con receta.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **la aplicación de la vacuna**. (En ocasiones, esto se conoce como la “aplicación” de la vacuna).

¿Cuánto paga por una vacuna de la Parte D?

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

- 1. el tipo de vacuna** (para qué se le vacuna):
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Para averiguar sobre la cobertura de estas vacunas, consulte el capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.
 - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas incluidas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos)* del plan.
- 2. dónde recibe la medicación de la vacuna.**
- 3. quién le aplica la vacuna**

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- En ocasiones, cuando recibe una vacuna, deberá pagar el costo total de la medicación de la vacuna y la aplicación de la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.
- En otras ocasiones, al recibir la medicación de la vacuna o la aplicación de la vacuna, solamente pagará la parte del costo que le corresponde a usted.

Para mostrarle cómo funciona esto, a continuación le mostramos tres formas comunes de recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida la aplicación) durante la etapa de brecha de cobertura y del deducible de su beneficio.

Situación 1: Compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y le aplican la vacuna en la farmacia de la red. (Tener esta alternativa dependerá del lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen vacunas).

- Deberá pagar a la farmacia el monto de su coseguro o copago por la vacuna, y el costo de la aplicación de la vacuna.
- Nuestro plan pagará los costos restantes.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

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

- Al recibir la vacuna, usted pagará el costo completo de la vacuna y la aplicación.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el pago de nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que pagó menos el coseguro o copago normal por la vacuna (incluida la aplicación) menos cualquier diferencia entre el monto que el médico cobra y lo que nosotros pagamos normalmente. (Si recibe “Extra Help” [Ayuda adicional], le reintegraremos esta diferencia).

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

- No pagará nada por la vacuna en la farmacia.
- Cuando el médico le aplique la vacuna, usted pagará el costo completo de este servicio. Luego, puede solicitar a nuestro plan que le reembolsemos nuestra parte del costo mediante el uso de los procedimientos que se describen en el capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará el monto total que el médico le cobró por la aplicación de la vacuna.

Sección 8.2	Puede llamar a Servicios del Plan de Salud antes de recibir la vacuna
--------------------	--

Las reglas para la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos para ayudarlo. Le recomendamos que primero nos llame a Servicios del Plan de Salud cuando esté planeando recibir una vacuna. (Los números de teléfono de Servicios del Plan de Salud están impresos en la contraportada de este folleto).

- Podemos informarle de qué manera nuestro plan cubre su vacuna y explicarle la parte que le corresponde a usted del costo.
- Podemos informarle de qué manera mantener sus propios costos reducidos mediante el uso de proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor y una farmacia de la red, podemos informarle qué debe hacer para pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo

CAPÍTULO 7

*Cómo solicitarnos que paguemos
nuestra parte de una factura que
usted recibió por servicios médicos
o medicamentos cubiertos*

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

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

SECCIÓN 1	Situaciones en las que usted debe pedirnos que paguemos por los servicios o medicamentos cubiertos.....	154
Sección 1.1	Si paga por los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago	154
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió.....	156
Sección 2.1	Cómo y adónde debe enviarnos su solicitud de pago	156
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y responderemos afirmativa o negativamente.....	157
Sección 3.1	Evaluamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto le debemos.....	157
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos el total o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación.....	157
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias	158
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un seguimiento a los costos de desembolso directo por medicamentos	158

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que usted debe pedirnos que paguemos por los servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si paga por los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago
--

Los proveedores de la red le facturan directamente al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo completo de la atención médica o los medicamentos que ha obtenido, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos la envíe, la revisaremos y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya ha pagado servicios o artículos cubiertos por Medicare, puede pedirnos que le devolvamos el dinero (devolver el dinero muchas veces se denomina “reembolsar”). Tiene derecho a que el plan le reembolse el dinero cuando usted haya pagado más que la parte que le corresponde a usted del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que usted ya haya pagado, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le devolveremos el dinero por los servicios o medicamentos.

A continuación, se brindan ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que usted ha recibido.

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

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, pertenezca o no a nuestra red. Cuando usted recibe servicios de atención de emergencia o de atención urgente y necesaria de un proveedor que no pertenece a nuestra red, debe pedirle al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, debe pedirnos que le devolvamos el dinero de nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de todos los pagos que haya hecho.
- A veces, usted puede recibir una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de todos los pagos que ya haya hecho.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente a él.
 - Si ya ha pagado más que la parte que le corresponde a usted del costo por el servicio, determinaremos cuánto debe y le devolveremos el dinero de nuestra parte del costo.

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

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan directamente. Pero en ocasiones cometen errores y le solicitan que pague por sus servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted cree es superior a lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho. Debe pedirnos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía según el plan.

3. Si se inscribió de forma retroactiva en nuestro plan

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

Si usted se inscribió en forma retroactiva y pagó por desembolso directo alguno de los servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le devolvamos el dinero de nuestra parte de los costos. Deberá presentar documentación para que nos ocupemos del reembolso. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud para obtener información adicional acerca de cómo solicitarnos que le hagamos el reembolso y las fechas límite para hacer dicha solicitud. (Los números de teléfono de Servicios del Plan de Salud están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Si va a una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de membresía para obtener un medicamento con receta, es posible que la farmacia no pueda presentar el reclamo directamente a nosotros. Cuando esto suceda, tendrá que pagar el costo completo de su medicamento con receta. (Solamente en algunas situaciones especiales cubrimos medicamentos con receta que se adquieran en farmacias fuera de la red. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para obtener más información). Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el dinero de nuestra parte del costo.

5. Cuando pague el costo completo de un medicamento con receta porque no tiene su tarjeta de membresía

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener inmediatamente la información de inscripción que necesita, quizá usted deba pagar el costo completo del medicamento con receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el dinero de nuestra parte del costo.

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

6. Cuando pague el costo completo por un medicamento con receta en otras situaciones

Posiblemente tenga que pagar el costo completo del medicamento con receta porque se dio cuenta de que, por algún motivo, el medicamento con receta no está cubierto.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos)* del plan o puede tener un requisito o una restricción que usted no conocía o pensó que no se aplicaba en su caso. Si usted decide obtener inmediatamente el medicamento, quizá deba pagar el costo completo de este.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el dinero. En algunos casos, es posible que necesitemos que su médico nos proporcione más información para reembolsarle la parte del costo que nos corresponde del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento se debe cubrir. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que se debe cubrir, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio o medicamento. Si le denegamos la solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y adónde debe enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y los documentos de cualquier pago que usted haya efectuado. Se recomienda hacer una copia de la factura y de los recibos para conservarlos en sus registros.

Envíenos por correo la solicitud de pago de atención médica junto con cualquier factura o recibo pago al siguiente domicilio:

Denver Health Medical Plan, Inc.
PO Box 24992
Seattle, WA 98124-0992

Envíenos por correo la solicitud de pago de medicamentos con receta de la Parte D junto con cualquier factura o recibo al siguiente domicilio:

Denver Health Medical Plan, Inc.
ATTN: Health Plan Services
777 Bannock St., Mail Code 6000
Denver, CO 80204

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

Comuníquese con Servicios del Plan de Salud si tiene alguna pregunta (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si no sabe lo que debería haber pagado o recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y responderemos afirmativa o negativamente

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

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

- Si decidimos que la atención médica o los medicamentos están cubiertos y usted cumplió con todas las reglas para obtener la atención o el medicamento, le pagaremos nuestra parte del costo por el servicio. Si ya ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El capítulo 3 explica las reglas que se deben cumplir para obtener la cobertura de los servicios médicos. El capítulo 5 explica las reglas que se deben cumplir para obtener la cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o usted *no* cumplió con todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo por la atención o el medicamento. Le enviaremos, en tal caso, una carta donde se expliquen los motivos por los que no enviaremos el pago que usted solicitó y sus derechos a apelar dicha decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos el total o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, o no está de acuerdo con el monto que pagamos, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si presentar una apelación es nuevo para usted, le será útil comenzar por leer la sección 5 del capítulo 9. La sección 5 es una sección introductoria que explica el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones, y proporciona definiciones de términos, como “apelación”. Después de que haya leído la sección 5, puede ir a la sección del capítulo 9 donde se le informa qué hacer en su situación:

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

- Si desea realizar una apelación acerca del reembolso por un servicio médico, consulte la sección 6.3 del capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la sección 7.5 del capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un seguimiento a los costos de desembolso directo por medicamentos
--------------------	--

En algunas situaciones debe informarnos sobre los pagos que efectuó por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. En cambio, nos está informando sobre sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos de desembolso directo. Esto le puede ayudar a reunir los requisitos más rápido para la etapa de cobertura catastrófica.

A continuación, se brinda un ejemplo de un caso en el que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos los pagos que ha hecho por sus medicamentos.

Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente, ofrecido por el fabricante de un medicamento

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por el fabricante de un medicamento que está fuera de los beneficios del plan. Si obtiene medicamentos a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagarle un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que los gastos de desembolso directo se contabilicen para que reúna los requisitos para la etapa de cobertura catastrófica.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Debido a que usted obtiene su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de los medicamentos. Pero si nos envía una copia del recibo nos permitirá calcular correctamente los costos de desembolso directo y eso puede ayudarlo a reunir los requisitos más rápido para la etapa de cobertura catastrófica.

Dado que no nos está exigiendo un pago por el caso que se describe arriba, esta situación no se considera una decisión de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación en caso de no estar de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe honrar sus derechos como miembro del plan.....	161
Sección 1.1	Debemos brindar información en una forma que funcione para usted (en idiomas diferentes al inglés, en braille, en letras grandes u otros formatos alternativos, etc.).....	161
Sección 1.2	Debemos garantizar que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	162
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal.....	162
Sección 1.4	Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos.....	163
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	165
Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.....	167
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si considera que se lo está tratando injustamente o no se están respetando sus derechos?.....	167
Sección 1.8	Cómo obtener información adicional sobre sus derechos.....	168
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	168
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?.....	168

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos brindar información en una forma que funcione para usted (en idiomas diferentes al inglés, en braille, en letras grandes u otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información de parte nuestra de una forma que le sirva, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan tiene personas y servicios de intérpretes sin costo, disponibles para responder las preguntas de los miembros discapacitados y que no hablan inglés. También le podemos brindar información en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos sin costo alguno, si usted lo necesita. Estamos obligados a proporcionarle información sobre los beneficios del plan, de una forma que sea accesible y adecuada para usted. Para obtener información de parte nuestra de una forma que le sirva, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, llame a nuestro Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeals Department) al 303-602-2261 para presentar una queja. También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights). La información de contacto está incluida en esta *Evidencia de cobertura* o con esta carta, o puede comunicarse con Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para obtener información adicional.

Para obtener información de parte nuestra de una forma que le sirva, llame a Servicios Plan del Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Nuestro plan tiene personas y servicios de interpretación, sin costo, disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. La mayoría de los materiales de nuestro plan también están impresos en español. También le podemos proporcionar información en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos sin costo alguno, si usted lo necesita. Estamos obligados a proporcionarle información sobre los beneficios del plan, de una forma que sea accesible y adecuada para usted. Para obtener información de parte nuestra de una forma que le sirva, llame a Servicios Plan del Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, llame a nuestro Departamento de Apelaciones y Quejas al 303-602-2261 para presentar una queja. También puede presentar una queja con Medicare llamando al

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights). La información de contacto está incluida en esta *Evidencia de cobertura* o con este envío, o puede comunicarse con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) para obtener más información.

Sección 1.2	Debemos garantizar que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	--

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que le brinde y organice sus servicios cubiertos (en el capítulo 3 se explica más sobre esto). Llame a Servicios del Plan de Salud para averiguar qué médicos aceptan pacientes nuevos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión.

Como miembro del plan, usted tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *en un lapso de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de los especialistas cuando necesita dicha atención. También tiene derecho a adquirir o renovar sus medicamentos con receta en cualquiera de las farmacias de la red sin retrasos prolongados.

Si piensa que no está recibiendo la atención médica o los medicamentos de la Parte D en un lapso de tiempo razonable, la sección 11 del capítulo 9 de este folleto le indica qué puede hacer. (Si le negamos la cobertura para la atención médica o los medicamentos, y no está de acuerdo con nuestra decisión, la sección 5 del capítulo 9 le indica qué puede hacer).

Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal
--------------------	---

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo requieren estas leyes.

- Su “información médica personal” incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, además de sus registros médicos y demás información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información médica. Le proporcionamos un aviso por escrito, denominado “Aviso de práctica de privacidad”, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni alteren su registro.
- En la mayoría de las situaciones, si proporcionamos la información médica a cualquier persona que no le brinde ni pague su atención, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito*. El permiso por escrito puede ser otorgado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el derecho legal de tomar decisiones por usted.
- Existen ciertas excepciones que no nos obligan a obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información médica a organismos gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
- Ya que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionarle a Medicare la información médica, incluida la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para fines de investigación u otros usos, lo hará conforme a las leyes y los reglamentos federales.

Usted puede ver la información de sus registros y saber cómo se dio a conocer a otras personas

Tiene derecho a ver sus registros médicos del plan y a obtener una copia de ellos. Estamos autorizados a cargarle una tarifa por reproducir copias. Usted también tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o hagamos correcciones a sus registros médicos. Si nos solicita esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer cambios.

Tiene derecho a conocer cómo se compartió su información médica con otras personas para cualquier objetivo que no sea de rutina.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Como miembro de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), tiene el derecho a recibir diferentes tipos de información de nuestra parte. (Como se explicó en la sección 1.1, usted tiene derecho a obtener información de nosotros en una forma que funcione para usted. Esto incluye obtener información en idiomas distintos del inglés y en letras grandes, o en otros formatos alternativos).

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Por ejemplo, esto incluye información sobre la condición financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones hechas por los miembros y las calificaciones de estrellas del plan, incluso cómo ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información acerca de los proveedores de la red, incluidas las farmacias de la red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener información de nuestra parte acerca de las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Para ver la lista de proveedores en la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores* de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).
- Para ver la lista de farmacias en la red del plan, consulte el *Directorio de farmacias* de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).
- Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web en www.denverhealthmedicalplan.org.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la use.**
 - En los capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos los servicios médicos que tiene cubiertos, cualquier restricción en su cobertura y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener detalles sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D, consulte los capítulos 5 y 6 de este folleto y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos)* del plan. Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos)*, le informan qué medicamentos están cubiertos y explica las reglas que debe cumplir y las restricciones en la cobertura para ciertos medicamentos.
 - Si tiene preguntas sobre las reglas o las restricciones, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto para usted, o si su cobertura está restringida de alguna forma, puede solicitarnos una explicación escrita. Usted tiene derecho a esta explicación, aunque haya recibido el servicio médico o el medicamento de un proveedor o una farmacia fuera de la red.
 - Si no está conforme o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Puede pedirnos que cambiemos de decisión presentando una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted en la forma que piensa que debería estar cubierto, consulte el capítulo 9 de este folleto. Allí se proporcionan detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El capítulo 9 también le informa cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).
 - Si desea solicitar a nuestro plan que pague la parte que le corresponde de una factura recibida por atención médica o un medicamento con receta de la Parte D, consulte el capítulo 7 de este folleto.
- **Cómo Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) evalúa la nueva tecnología para su inclusión como un beneficio cubierto.**

- A medida que se identifican nuevas tecnologías o nuevas indicaciones para las tecnologías actuales que pueden tener amplia aplicabilidad para los miembros, se reúne un comité ad hoc integrado por expertos en el área que se encuentra bajo evaluación.
- El comité revisa las evaluaciones de tecnología, los estudios publicados y las deliberaciones de otros paneles de expertos, incluso las decisiones de cobertura por parte de otras compañías de seguros para determinar las pautas de cobertura adecuadas.

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

Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamientos y a participar en la toma de decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando los consulte para recibir atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *en una forma que usted pueda entender*.

También tiene el derecho a participar plenamente en las decisiones acerca de su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es el mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamientos que se recomiendan para su afección, independientemente del costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicaciones y a usar los medicamentos en forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le indiquen los riesgos involucrados en su atención. Se le debe informar con anticipación si la atención médica o el tratamiento propuesto forman parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene el derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar el hospital u otro establecimiento médico aunque su médico le indique no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar la medicación. Por supuesto que si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, acepta toda la responsabilidad de lo que suceda con su cuerpo en consecuencia.
- **El derecho a recibir una explicación si se le deniega la cobertura de la atención.** Usted tiene derecho a recibir una explicación nuestra si un proveedor negó la atención que usted cree que debe recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. El capítulo 9 de este folleto le informa cómo solicitar que el plan tome una decisión de cobertura.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por su cuenta.

Algunas veces las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por ellas mismas debido a que sufren accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir qué desea que suceda si se llegara a encontrar en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para darle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomarlas por su cuenta.
- **Darles a los médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que manejen su atención médica en caso de que usted no pueda tomar decisiones por su cuenta.

Los documentos legales que se pueden utilizar para dar las instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **“instrucciones anticipadas”**. Existen distintos tipos de instrucciones anticipadas y distintos nombres para ellas. Los documentos denominados **“testamento vital”** y **“poder notarial sobre la atención médica”** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea usar una “instrucción anticipada” para dar sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Conseguir el formulario.** Si desea tener una instrucción anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de insumos de oficina. A veces, puede obtener formularios de instrucciones anticipadas por parte de organizaciones que brindan información sobre Medicare a las personas. También puede comunicarse con Servicios del Plan de Salud para pedir formularios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, debe recordar que es un documento legal. Debe considerar la posibilidad de pedirle a un abogado que le ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas adecuadas.** Debe proporcionarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la que puede tomar decisiones si usted no puede hacerlo. También puede proporcionarle copias a amigos cercanos y familiares. Asegúrese de tener una copia en casa.

Si sabe con anticipación que se internará en un hospital y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia consigo al hospital.**

- Si lo internan en el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado un formulario de instrucción anticipada, el hospital tiene formularios disponibles; se le preguntará si desea firmar uno.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Recuerde que es su elección completar una instrucción anticipada o no (que incluye si desea firmar una mientras está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo por haber firmado o no una instrucción anticipada.

¿Qué sucede si no se respetan sus instrucciones?

Si ha firmado una instrucción anticipada y considera que un médico o el hospital no respetó las instrucciones establecidas, puede presentar una queja ante:

Colorado Division of Civil Rights

1560 Broadway, Suite 825

Denver, CO 80202

Teléfono: 303-894-2997 o a través de una llamada gratuita al 1-800-886-7675, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.
--------------------	--

Si tiene algún problema o inquietud sobre su atención o sus servicios cubiertos, en el capítulo 9 de este folleto se le informa qué puede hacer. Aquí se le darán detalles acerca de cómo tratar todos los tipos de problemas y quejas. Lo que usted necesita hacer para darle seguimiento a un problema o inquietud depende de la situación. Quizá necesite pedirle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura por usted, presentarnos una apelación para cambiar una decisión de cobertura, o presentar una queja. Lo que sea que haga, solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo de forma justa.**

Tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros presentaron en contra nuestro en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si considera que se lo está tratando injustamente o no se están respetando sus derechos?
--------------------	--

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights)

Si considera que se le ha tratado injustamente o que sus derechos no se han respetado debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, grupo étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights)** del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697 o a la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) local.

¿Se trata de otro motivo?

Si considera que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados y *no se trata* de discriminación, usted puede obtener ayuda para abordar el problema:

- Puede **llamar a Servicios del Plan de Salud** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo ponerse en contacto con ella, consulte la sección 3 del capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener información adicional sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicios del Plan de Salud** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo ponerse en contacto con ella, consulte la sección 3 del capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Derechos y protecciones en Medicare”. (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Lo que necesita hacer como miembro del plan se detalla a continuación. Si usted tiene preguntas, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudarlo.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice este folleto de *Evidencia de cobertura* para conocer lo que está cubierto y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 proporcionan detalles sobre sus servicios médicos, inclusive lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que debe seguir y lo que usted paga.
 - Los capítulos 5 y 6 brindan información detallada sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos.** Para proporcionar dicha información, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
 - Se nos exige cumplir las reglas establecidas por Medicare y Medicaid para asegurarnos de que usted esté usando toda su cobertura de forma combinada cuando obtiene servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina “**coordinación de beneficios**” porque implica coordinar los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos que esté a su disposición. Nosotros lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información acerca de la coordinación de beneficios, consulte la sección 7 del capítulo 1).
- **Informe a su médico y a los otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía y su tarjeta de Medicaid siempre que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Ayude a los médicos y otros proveedores a ayudarlo brindándoles información, haciendo preguntas y continuando con su atención.**
 - Para ayudar a sus médicos y a otros proveedores a que le proporcionen la mejor atención, infórmese tanto cuanto sea posible sobre sus problemas de salud y proporciónese la información que necesiten sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluso los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si usted tiene alguna duda, no deje de preguntar. Se supone que sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas en una forma que usted entienda. Si usted hace una pregunta y no entiende la respuesta que se le proporciona, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los otros pacientes. También esperamos que actúe en una forma que ayude a facilitar el funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe pagar sus primas del plan para continuar como miembro de nuestro plan.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Para ser elegible para recibir los beneficios de nuestro plan, debe tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) Medicaid paga por la prima de la Parte A (si no reúne los requisitos para ella automáticamente) y la prima de la Parte B. Si Medicaid no le está pagando las primas de Medicare, debe continuar pagándolas para seguir siendo miembro del plan.
- Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar la parte que le corresponde a usted del costo cuando obtiene el servicio o medicamento. Esto será un copago (un monto fijo) o coseguro (un porcentaje del costo total). El capítulo 4 le informa lo que debe pagar por los servicios médicos. El capítulo 6 le informa lo que debe pagar por los medicamentos con receta de la Parte D.
- Si recibe cualquier servicio médico o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan o por otro seguro que tenga, usted debe pagar el costo completo.

Si está en desacuerdo con nuestra decisión para denegar la cobertura para un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el capítulo 9 de este folleto para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.

- Si usted está obligado a pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos más altos (como se informa en su última declaración de impuestos), usted debe pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para permanecer como miembro del plan.
- **Infórmenos si se muda.** Si decide mudarse, es importante que nos informe inmediatamente. Llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
 - **Si se muda fuera del área de servicio, generalmente no puede permanecer como miembro del plan (excepto si se muda al condado de Arapahoe).** (El capítulo 1 brinda información sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio.
 - **Si se muda dentro del área de servicio, aún necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
 - Si se muda, también es importante que informe al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Puede encontrar los números de teléfono e información de estas organizaciones en el capítulo 2.
- **Llame a Servicios del Plan de Salud para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y los horarios para llamar a Servicios del Plan de Salud están impresos en la contraportada de este folleto.
 - Consulte el capítulo 2 para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido nuestro domicilio postal.

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)**

<u>Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</u>	
SECCIÓN 1	Introducción 175
Sección 1.1	Qué hacer si tiene un problema o una inquietud..... 175
Sección 1.2	¿Qué sucede con los términos legales?..... 175
SECCIÓN 2	Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros..... 176
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada..... 176
SECCIÓN 3	Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe utilizar? 177
Sección 3.1	¿Debe usar el proceso para beneficios de Medicare o de Medicaid? 177
PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE <u>MEDICARE</u> 178	
SECCIÓN 4	Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de <u>Medicare</u>..... 178
Sección 4.1	¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas?..... 178
SECCIÓN 5	Una guía para los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones..... 179
Sección 5.1	Preguntar por las decisiones de cobertura y hacer apelaciones: el panorama general..... 179
Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicite una decisión de cobertura o realice una apelación 180
Sección 5.3	¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles para su situación?... 181
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 182
Sección 6.1	En esta sección se indica qué hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de la atención médica o si desea que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde de la atención..... 182
Sección 6.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea)..... 184
Sección 6.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)..... 187
Sección 6.4	Paso a paso: cómo hacer una Apelación de Nivel 2 191

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por atención médica?	194
SECCIÓN 7	Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	195
Sección 7.1	Esta sección le informa qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D.....	195
Sección 7.2	¿Qué es una excepción?.....	197
Sección 7.3	Aspectos importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones.....	199
Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción.....	199
Sección 7.5	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan).....	203
Sección 7.6	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	206
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente hospitalizado prolongada si piensa que el médico le da el alta demasiado pronto	209
Sección 8.1	Durante su estadía en el hospital como paciente hospitalizado, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos	209
Sección 8.2	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	211
Sección 8.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	214
Sección 8.4	¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para hacer su Apelación de Nivel 1?.....	215
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que continuemos con la cobertura de ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza demasiado pronto.....	218
Sección 9.1	<i>Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un establecimiento de enfermería especializada y servicios de un establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (CORF).....</i>	218
Sección 9.2	Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura.....	220
Sección 9.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo.....	220
Sección 9.4	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo.....	223

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

Sección 9.5	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para hacer su Apelación de Nivel 1?.....	224
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otras instancias	227
Sección 10.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de servicios médicos.....	227
Sección 10.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de la Parte D.....	229
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	230
Sección 11.1	¿Qué tipos de problemas se abordan en el proceso de quejas?.....	230
Sección 11.2	El nombre formal para “realizar una queja” es “presentar una queja”	233
Sección 11.3	Paso a paso: cómo realizar una queja	233
Sección 11.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.....	235
Sección 11.5	También puede informarle a Medicare sobre su queja.....	235
PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE <u>MEDICAID</u>.....		236
SECCIÓN 12	Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de <u>Medicaid</u>	236

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para manejar problemas o inquietudes. El proceso que utiliza para manejar su problema depende de dos aspectos:

1. Si el problema es acerca de los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea ayuda para decidir si le conviene usar el proceso de Medicare o el de Medicaid, o ambos, comuníquese con Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
2. El tipo de problema que tiene:
 - Para algunos tipos de problemas, usted debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros tipos de problemas, usted necesita usar el **proceso para presentar quejas**.

Estos procesos fueron aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y el manejo inmediato de sus problemas, cada proceso cuenta con un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos respetar.

¿Cuál debe usar usted? La guía en la sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos técnicos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no resultan familiares para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las reglas y los procedimientos legales utilizando palabras más simples en vez de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se dice “realizar una queja” en lugar de “presentar una queja”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo”, y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil, y algunas veces muy importante, que usted sepa los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Conocer los términos que debe utilizar lo ayudará a comunicarse de forma más clara y precisa cuando trate su problema, y a obtener la ayuda o información correcta para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando le brindamos información detallada para manejar tipos específicos de situaciones.

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

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros.

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces puede ser confuso comenzar o dar seguimiento al proceso para manejar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o si tiene energía limitada. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento necesario para dar el siguiente paso.

Obtener ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero, en algunas situaciones, es posible que usted también desee la ayuda u orientación de una persona que no esté relacionada con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)**. Este programa gubernamental dispone de asesores capacitados en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe usar para manejar su problema. También pueden responder sus preguntas, proporcionarle más información y ofrecer orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en la sección 3 del capítulo 2 de este folleto.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para manejar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, se brindan dos formas de obtener información directamente de Medicare:

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

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

El teléfono de HCPF es 1-800-221-3943. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede escribirle a 1570 Grant St., Denver, CO 80203-1818.

El defensor del pueblo de Colorado para la atención administrada por Medicaid ayuda a las personas inscritas en Medicaid que tienen problemas de servicio o de facturación. El personal de esta oficina puede ayudarlo a presentar una queja o apelación relacionada con su plan. Puede comunicarse llamando al 303-830-3560 o a través de una llamada gratuita al 1-877-435-7123. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-876-8864. Para llamar a este número, se requiere un equipo telefónico especial, y es solo para personas con dificultades de audición o del habla.

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

SECCIÓN 3 Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para beneficios de Medicare o de Medicaid?

Como usted tiene Medicare y obtiene asistencia de Medicaid, puede usar distintos procesos para manejar su problema o queja. El tipo de proceso que debe usar depende de si el problema es acerca de los beneficios de Medicare o los de Medicaid. Si su problema es acerca de un beneficio cubierto por Medicare, entonces debe usar el proceso de Medicare. Si su problema es acerca de un beneficio cubierto por Medicaid, entonces debe usar el proceso de Medicaid. Si desea ayuda para decidir si le conviene usar el proceso de Medicare o el de Medicaid, comuníquese con Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

El proceso de Medicare y el de Medicaid se describen en distintas partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer utilice la tabla a continuación.

Para averiguar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específicos, **COMIENCE AQUÍ.**

¿Su problema es acerca de sus beneficios de Medicare o de Medicaid?

(Si desea ayuda para decidir si su problema es acerca de los beneficios de Medicare o de Medicaid, comuníquese con Servicios del Plan de Salud. Los números de teléfono de Servicios del Plan de Salud están impresos en la contraportada de este folleto).

Mi problema es acerca de los beneficios de **Medicare.**

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **sección 4, “Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicare”.**

Mi problema es acerca de la cobertura de **Medicaid.**

Avance a la **sección 12** de este capítulo, **“Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid”.**

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE****SECCIÓN 4 Cómo manejar los problemas relacionados con sus
beneficios de Medicare.****Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y
apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas?**

Si tiene un problema o una inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. La tabla que se incluye a continuación lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas sobre los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para averiguar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud acerca de sus beneficios de **Medicare**, use esta tabla:

¿Su problema o inquietud se refiere a los beneficios o a la cobertura?

(Esto incluye problemas con respecto a si una atención médica o medicamentos con receta en particular tienen cobertura o no, la manera en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de atención médica o medicamentos con receta).

Sí. Mi problema se trata de beneficios o cobertura.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **sección 5, “Una guía para los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones”**.

No. Mi problema no se trata de beneficios ni cobertura.

Vaya directamente a la **sección 11** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****SECCIÓN 5 Una guía para los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones****Sección 5.1 Preguntar por las decisiones de cobertura y hacer apelaciones: el panorama general**

El proceso para pedir que se tomen decisiones de cobertura y presentar apelaciones trata los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este proceso se usa para cuestiones tales como si algo está cubierto o no, y la manera en que algo está cubierto.

Cómo pedir decisiones de cobertura

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

En algunos casos, podemos decidir que no se cubra un servicio o medicamento, o que Medicare ya no lo cubra en su caso. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con esta decisión, puede “apelarla”. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos la decisión de cobertura que tomamos.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, a eso se lo llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar que hayamos cumplido las reglas como corresponde. Diferentes revisores manejan su apelación en lugar de aquellos que tomaron la decisión original no favorable. Cuando hayamos completado la revisión, le daremos a conocer nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que se abordan más adelante,

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

usted puede solicitar una apelación acelerada o “decisión rápida de cobertura” o una apelación de respuesta rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación será rechazada, lo que significa que no la revisaremos. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien formula la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire la solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación, enviaremos un aviso en el que se explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos todo o parte de su Apelación de Nivel 1, puede pasar a una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 es realizada por una Organización de Revisión Independiente que no está relacionada con nosotros.

- En algunas situaciones, su caso se enviará de manera automática a la Organización de Revisión Independiente para que realice una Apelación de Nivel 2.
- En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2.
- Consulte la **sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2.

Si no queda satisfecho con la decisión tomada en la Apelación de Nivel 2, usted podría pasar por otros niveles de apelación adicionales.

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicite una decisión de cobertura o realice una apelación
--------------------	---

¿Desea recibir ayuda? Estos son algunos recursos que podría usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar a Servicios del Plan de Salud** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **obtener asistencia gratuita** por parte de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte la sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.**
 - Para obtener atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o puede hacer una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico debe ser nombrado como su representante.
 - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona que emite la receta puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o de Nivel 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico u otra persona que emite la receta debe ser nombrado como su representante.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” para pedir una decisión de cobertura o realizar una apelación.
 - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante según la ley estatal.
 - Si desea que un amigo, familiar, su médico, otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario de “nombramiento de representante”. (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.denverhealthmedicalplan.org). El formulario le da a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Deberán firmarlo usted y la persona que usted desea que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado que lo represente.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado en el colegio de abogados de su localidad u otro servicio de remisiones. También existen grupos que le proporcionarán asistencia legal sin costo, si reúne los requisitos para recibirla. No obstante, **no tiene obligación de contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.3	¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles para su situación?
--------------------	--

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene reglas y fechas límite diferentes, proporcionamos los detalles de cada una en una sección independiente:

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital prolongada si piensa que el médico le da el alta demasiado pronto”.
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que continuemos con la cobertura de ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza demasiado pronto” (*Se aplica únicamente para estos servicios: atención médica a domicilio, atención en un establecimiento de enfermería especializada y servicios de un establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria [CORF]*).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si no está seguro sobre qué sección debe utilizar, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (la sección 3 del capítulo 2 de este folleto tiene los números de teléfono para este programa).

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Leyó la Sección 5 de este capítulo (*Una guía para los “aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no lo ha hecho, quizás deba leerla antes de iniciar esta sección.

Sección 6.1 **En esta sección se indica qué hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de la atención médica o si desea que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde de la atención**

Esta sección es acerca de sus beneficios de atención médica y los servicios médicos. Estos beneficios se describen en el capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. Para simplificar, por lo general nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención médica, tratamiento o servicios médicos”. El término “atención médica” incluye los artículos y servicios médicos, así como también los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos con receta de la Parte B son diferentes de las reglas para los artículos y servicios médicos.

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

1. No está recibiendo cierta atención médica que desea y considera que está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desean proporcionarle, y usted cree que esta atención está cubierta por el plan.
3. Recibió atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan, pero dijimos que no pagaríamos por esta atención.
4. Recibió y pagó la atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan, y desea pedir a nuestro plan que le reembolse esta atención.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

5. Le dijeron que la cobertura para cierta atención médica que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado anteriormente será reducida o interrumpida, y usted considera que reducir o interrumpir esta atención podría perjudicar su salud.

NOTA: Si la cobertura que será interrumpida es de atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un establecimiento de enfermería especializada o los servicios de un establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (CORF), debe leer una sección independiente de este capítulo, porque se aplican reglas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en dichas situaciones:

- Sección 8 de este capítulo: *Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital prolongada si piensa que el médico le da el alta demasiado pronto.*
- Sección 9 de este capítulo: *Cómo solicitarnos que continuemos con la cobertura de ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza demasiado pronto.* Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un establecimiento de enfermería especializada y servicios en un establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (CORF).
- Para *todas las demás* situaciones en las que se le informe que la atención médica que recibe será interrumpida, utilice esta sección (sección 6) como su guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si usted se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Quiere averiguar si cubriremos la atención médica que desea.	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Consulte la siguiente sección de este capítulo, sección 6.2.
Si ya le indicamos que no cubriremos ni pagaremos por un servicio médico de la manera en que usted desea que se cubra o se pague.	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos está pidiendo que lo reconsideremos). Pase a la sección 6.3 de este capítulo.
Quiere solicitarnos que le reembolsemos la atención médica que usted ya recibió y pagó.	Puede enviarnos la factura. Pase a la sección 6.5 de este capítulo.

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

**Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura
(cómo pedir que nuestro plan autorice o proporcione la
cobertura de atención médica que desea)**

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura está relacionada con su atención médica, se denomina “**determinación de la organización**”.

Paso 1: usted le pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura respecto a la atención médica que solicita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “**decisión rápida de cobertura**”.

Términos legales

Una “**decisión rápida de cobertura**” se denomina “**determinación acelerada**”.

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacer su solicitud para que nosotros proporcionemos o autoricemos la cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la sección 1 del capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar que se tome una decisión de cobertura acerca de su atención médica*.

Por lo general, usamos las fechas límite estándares para tomar nuestra decisión

Para tomar nuestra decisión, usaremos las fechas límite “estándares”, a menos que hayamos acordado usar las fechas límite “rápidas”. **Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud por **un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- Para una solicitud de **un artículo o servicio médico puede tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si usted solicita más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de los proveedores fuera de la red) que pudiera beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo haremos saber por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja de respuesta rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presente una queja de respuesta rápida, le daremos una respuesta dentro de las siguientes 24 horas. (El proceso para presentar una queja es distinto al proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas aquellas de respuesta rápida, consulte la sección 11 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, solicítenos que le demos una “decisión rápida de cobertura”

- **Una decisión rápida de cobertura significa que si su solicitud es para un artículo o servicio médico, responderemos dentro de las 72 horas. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de las 24 horas.**
 - **Para una solicitud de un artículo o servicio médico puede tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si consideramos que hace falta cierta información que podría beneficiarlo (como registros médicos de los proveedores fuera de la red), o si necesita tiempo para brindarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo haremos saber por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja de respuesta rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas de respuesta rápida, consulte la sección 11 de este capítulo). Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *únicamente* si solicita cobertura de atención médica que *aún no haya recibido*. (Usted no puede obtener una decisión rápida de cobertura si su solicitud tiene que ver con el pago de la atención médica que ya recibió).
 - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *únicamente* si utilizar las fechas límite estándares pudiera *ocasionar un daño grave a su salud o afectar a su capacidad de desempeño*.
- **Si su médico nos informa que su salud requiere de una “decisión rápida de cobertura”, aceptaremos automáticamente darle una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión rápida de cobertura.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que lo indique (y utilizaremos las fechas límite estándares).
- En esta carta se le informará que, si su médico solicita una decisión rápida de cobertura, la emitiremos automáticamente.
- La carta también le informará cómo puede presentar una “queja de respuesta rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas de respuesta rápida, consulte la sección 11 de este capítulo).

Paso 2: consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una decisión “rápida” de cobertura

- Por lo general, para una decisión rápida de cobertura de una solicitud para un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le responderemos **dentro de las 24 horas**.
 - Como se explicó antes, podemos demorar hasta 14 días calendario más en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo haremos saber por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja de respuesta rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presente una queja de respuesta rápida, le daremos una respuesta dentro de las siguientes 24 horas. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas de respuesta rápida, consulte la sección 11 de este capítulo).
 - Si no le damos nuestra respuesta dentro de las 72 horas (o si hay un período extendido, al final de dicho período), o dentro de las 24 horas si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, usted tiene derecho a apelar. La sección 6.3, a continuación, le informa cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito de por qué dijimos que no.

Fechas límite para una decisión “estándar” de cobertura

- Por lo general, para una decisión estándar de cobertura de una solicitud para un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le responderemos **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales (“período extendido”) en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo haremos saber por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja de respuesta rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presente una queja de respuesta rápida, le daremos una respuesta dentro de las siguientes 24 horas. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas de respuesta rápida, consulte la sección 11 de este capítulo).
- Si no le damos nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario (o si hay un período extendido, al final de dicho período), o dentro de las 72 horas si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, usted tiene derecho a apelar. La sección 6.3, a continuación, le informa cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no.

Paso 3: si no aprobamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si no aprobamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos, y quizás que cambiemos, esta decisión, mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa volver a intentar obtener la cobertura de atención médica que usted desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la sección 6.3 a continuación).

Sección 6.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)
--------------------	---

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina “reconsideración” por parte del plan.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su estado de salud exige una respuesta rápida, debe solicitarnos una “**apelación de respuesta rápida**”.

Qué debe hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte la sección 1 del capítulo 2, y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito mediante el envío de una solicitud.** También puede solicitar una apelación al llamar al número de teléfono que se indica en la sección 1 del capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*).
 - Si otra persona que no es su médico está presentando por usted la apelación a nuestra decisión, su apelación debe incluir un formulario de nombramiento de representante que autorice a que esta persona lo represente. (Para obtener el formulario, llame a Servicios del Plan de Salud [los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto] y pida el formulario de “nombramiento de representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.denverhealthmedicalplan.org). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos iniciar ni concluir nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario siguientes después de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación se anulará. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito que explicará su derecho de solicitar que la Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de denegar su apelación.
- **Si solicita una apelación de respuesta rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número de teléfono que se encuentra en la sección 1 del capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que enviamos para informarle de nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tuvo un buen motivo para no hacerlo, explique el motivo al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Motivos suficientes para no cumplir con una fecha límite pueden ser, por ejemplo, si tuvo una enfermedad grave que evitó que pudiera comunicarse con nosotros o si nosotros le proporcionamos información incorrecta o incompleta de la fecha límite para solicitar una apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Puede solicitar una copia de la información con respecto a su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
 - También tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación.
 - Si lo desean, usted y su médico pueden darnos información adicional que respalde su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación de respuesta rápida” (puede hacer una solicitud llamándonos).

Términos legales
Una “apelación de respuesta rápida” también se denomina “ reconsideración acelerada ”.

- Si piensa apelar una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesitan una “apelación de respuesta rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación de respuesta rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura”. Para presentar una apelación de respuesta rápida, siga las instrucciones para pedir una decisión rápida de cobertura. (Estas instrucciones se brindaron con anterioridad en esta sección).
- Si su médico nos informa de que su salud exige una “apelación de respuesta rápida”, le daremos una apelación de respuesta rápida.

Paso 2: consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otro análisis detallado de toda la información de su solicitud de cobertura de atención médica. Evaluamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Podemos ponernos en contacto con usted o su médico para obtener más información.

Fechas límite para una apelación de respuesta “rápida”

- Cuando usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud requiere que lo hagamos.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarlo, podemos **tomar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo haremos saber por escrito. No podemos

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- Si no le brindamos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del período extendido, si tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar su solicitud de manera automática al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la evaluará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informaremos acerca de esta organización y le explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionarle, dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Fechas límite para una apelación “estándar”

- Si utilizamos las fechas límite estándares, debemos brindarle nuestra respuesta a su solicitud de un artículo o servicio médico **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si esta tiene que ver con la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le responderemos **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le informaremos de nuestra decisión más rápidamente, si su afección de salud lo exige.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarlo, podemos **tomar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos que necesitamos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo haremos saber por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja de respuesta rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presente una queja de respuesta rápida, le daremos una respuesta dentro de las siguientes 24 horas. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas de respuesta rápida, consulte la sección 11 de este capítulo).
 - Si no le brindamos una respuesta dentro de la fecha límite (o al final del período extendido si tomamos días adicionales para su solicitud de un artículo o servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego lo revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindarle dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: si nuestro plan no aprueba todo o parte de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel de proceso de apelaciones.

- Para garantizar que al no aprobar su apelación estemos siguiendo las reglas, **debemos enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que la apelación pasará al próximo nivel del proceso de apelaciones, el Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: cómo hacer una Apelación de Nivel 2

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso pasará de manera automática al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la Organización de Revisión Independiente revisa nuestra decisión respecto de su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**” (Independent Review Entity).

Paso 1: la Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no está relacionada con nosotros ni tampoco es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para cumplir el trabajo de Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Nosotros le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la llama su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente del caso.**
- Tiene derecho a proporcionar a la Organización de Revisión Independiente información adicional que respalde su apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente considerarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si usted tuvo una apelación de respuesta “rápida” en el Nivel 1, también tendrá una apelación de respuesta “rápida” en el Nivel 2.

- Si usted tuvo una apelación de respuesta rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación de respuesta rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si la solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación de respuesta “estándar” en el Nivel 1, también tendrá una apelación de respuesta “estándar” en el Nivel 2.

- Si usted tuvo una apelación de respuesta estándar en el Nivel 1, también tendrá automáticamente una apelación de respuesta estándar en el Nivel 2.
- Si la solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe brindarle una respuesta sobre su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si la solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe brindarle una respuesta sobre su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si la solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente le da su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará de su decisión por escrito y le explicará los motivos de esta.

- **Si la Organización de Revisión Independiente aprueba todo o parte de una solicitud por un artículo o servicio médico**, debemos:
 - autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas**
 - prestar el servicio dentro de los **14 días calendario** luego de recibir la decisión de las **solicitudes estándar** por parte de la Organización de Revisión Independiente

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- prestar el servicio dentro de las **72 horas** desde la fecha de recepción de la decisión de las **solicitudes aceleradas** por parte de la Organización de Revisión Independiente
- **Si la Organización de Revisión Independiente aprueba todo o parte de una solicitud por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos:
 - autorizar o brindar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare bajo disputa **dentro de las 72 horas** luego de recibir la decisión de las **solicitudes estándar** por parte de la Organización de Revisión Independiente
 - **dentro de las 24 horas** desde la fecha de recepción de la decisión de las **solicitudes aceleradas** por parte de la Organización de Revisión Independiente
- **Si esta organización da respuesta negativa a su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
 - Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, usted tiene el derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para hacer otra apelación en el Nivel 3, el valor monetario de la cobertura de atención médica que solicita debe alcanzar cierto monto mínimo. Si el valor monetario de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no puede hacer otra apelación, lo que significa que la decisión del Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará cómo averiguar el monto monetario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con el proceso de apelación o no.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (en total, son cinco los niveles de apelación). Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener más información.
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles para hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de su Apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un abogado litigante. La sección 10 de este capítulo le brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por atención médica?

No podemos realizar un reembolso directo por un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura que es mayor que su copago por los artículos y servicios cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **No debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema. Pero, si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si siguió las reglas para obtener el servicio o artículo.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación que solicita el reembolso, nos pide que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto (consulte el capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*). También verificaremos si usted siguió todas las reglas para el uso de su cobertura de atención médica (dichas reglas se proporcionan en el capítulo 3 de este folleto: *Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago de la parte del costo que nos corresponde por su atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. O bien, si aún no ha pagado los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago implica *aceptar* su solicitud de decisión de cobertura.
- Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En tal caso, le enviaremos una carta donde se le informará que no pagaremos los servicios y los motivos de esto en detalle. (El rechazo de su solicitud de pago es lo mismo que *negar* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si usted solicita el pago y decimos que no lo efectuaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación.** Si usted presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la sección 5.3.

Remítase a este apartado para seguir las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación por reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario después de que recibamos su apelación. (Si nos solicita que le reembolsemos por la atención médica que ya recibió y pagó por su cuenta, no se le permite solicitar una apelación de respuesta rápida).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si la Organización de Revisión Independiente revoca nuestra decisión de negar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó, a usted o al proveedor, dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es positiva en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Leyó la Sección 5 de este capítulo (*Una guía para los “aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no lo ha hecho, quizás deba leerla antes de iniciar esta sección.

Sección 7.1	Esta sección le informa qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos)* de nuestro plan. Para estar cubierto, su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento, que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos [Food and Drug Administration], o respaldado por ciertos manuales de referencia. Consulte la sección 3 del capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección únicamente trata sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos “medicamento” en el resto de esta sección, en vez de repetir “medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D”.
- Para obtener más detalles sobre a qué nos referimos con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos)*, información sobre las reglas y restricciones en la cobertura y sobre los costos, consulte el capítulo 5 (*Uso de la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos con receta de la Parte D*) y el capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*).

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Como se comentó en la sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que nosotros pagamos por sus medicamentos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial acerca de sus medicamentos de la Parte D se denomina “ determinación de cobertura ”.

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que usted puede pedirnos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, incluso:
 - Solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no forma parte de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos)* del plan.
 - Solicita que anulemos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en el monto del medicamento que puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted y si usted cumple con los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos [Formulario de medicamentos]* del plan pero requerimos que se obtenga nuestra aprobación para cubrirlo).
 - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si su farmacia le informa que su medicamento con receta no puede adquirirse de acuerdo con la manera en que la receta está escrita, la farmacia le brindará un aviso por escrito en donde se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar que se tome una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento con receta que ya compró. Esta es una solicitud de decisión de cobertura sobre el pago.

Si usted está en desacuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le informa sobre cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice la tabla a continuación para determinar qué parte tiene información para su situación:

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si usted se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está en nuestra <i>Lista de medicamentos</i> o necesita que eliminemos una regla o restricción para un medicamento que cubrimos.	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la sección 7.2 de este capítulo.
Si desea que cubramos un medicamento que está en nuestra <i>Lista de medicamentos</i> y considera que usted cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación previa) para el medicamento que necesita.	Puede pedirnos una decisión de cobertura. Pase a la sección 7.4 de este capítulo.
Si desea solicitarnos que le reembolsemos por un medicamento que usted ya recibió y pagó.	Puede pedirnos que le reembolsemos. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Pase a la sección 7.4 de este capítulo.
Si ya le indicamos que no cubriremos ni pagaremos por un medicamento de la manera en que usted desea que se cubra o se pague.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que lo reconsideremos). Pase a la sección 7.5 de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto en la forma en la que usted quisiera que estuviera cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Similar a los otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de una excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Cuando usted solicita una excepción, su médico u otra persona que emite la receta necesitarán explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción. Luego consideraremos su solicitud. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que emite la receta pueden pedirnos que hagamos:

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no se encuentra en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos)*.** (La denominamos “*Lista de medicamentos*” para abreviar).

Términos legales

Solicitar cobertura de un medicamento que no está en la <i>Lista de medicamentos</i> algunas veces se denomina solicitar una “ excepción al Formulario de medicamentos ”.
--

2. **Eliminar una restricción en nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Existen reglas o restricciones adicionales que rigen para ciertos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos)* (vaya a la sección 4 del capítulo 5 para obtener más información).

Términos legales

Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento algunas veces se denomina solicitar una “ excepción al Formulario de medicamentos ”.
--

- Las reglas y restricciones adicionales de cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
 - *Que se exija usar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - *Obtener la aprobación del plan por anticipado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (A esto algunas veces se lo denomina “autorización previa”).
 - *Estar obligado a probar primero un medicamento diferente* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. (A esto algunas veces se lo denomina “terapia escalonada”).
 - *Límite de cantidad.* Para algunos medicamentos, existen restricciones en el monto del medicamento que usted puede obtener.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otra persona que emite la receta deben proporcionarnos una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otra persona que emite la receta cuando solicite la excepción.

Generalmente, nuestra *Lista de medicamentos* incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que solicita y no causara más efectos secundarios ni otros problemas de salud, por lo general *no* aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta que finaliza el año del plan. Esto es cierto, siempre y cuando su médico le siga recetando el medicamento y que el medicamento siga siendo seguro y efectivo para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la sección 7.5 de este capítulo se informa cómo puede presentar una apelación en caso de que rechacemos la solicitud.

En la siguiente sección, se informa cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción

Paso 1: nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre el o los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitarnos que tomemos una “**decisión rápida de cobertura**”. **No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró.**

Qué debe hacer

- **Solicitar el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir o enviar un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que emite la receta) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso para decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener más detalles, consulte la sección 1 del capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar que se tome una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D*. O si

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

nos está pidiendo que le reembolsemos el costo de un medicamento, vaya a la sección *Dónde enviar la solicitud de pago de la parte del costo que nos corresponde por la atención médica o el medicamento recibidos*.

- **Usted, su médico o alguien más que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. En la sección 5.2 de este capítulo se informa cómo puede otorgar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. Además, un abogado puede actuar en su nombre.
- **Si desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento**, empiece por leer el capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el capítulo 7 se describen las situaciones en las que podría solicitar el reembolso. Además, se informa cómo enviarnos la documentación en la que nos solicita que reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que usted pagó.
- **Si está solicitando una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”**. Su médico u otra persona que emite la receta deben proporcionarnos los motivos médicos por los cuales usted solicita la excepción del medicamento. (A esto se lo denomina “declaración de respaldo”). Su médico u otra persona que emite la receta pueden enviar a nuestro plan la declaración por fax o por correo. O bien, su médico u otra persona que emite la receta pueden informarnos por teléfono, y como seguimiento enviar por fax o por correo una declaración firmada, si fuera necesario. Consulte las secciones 7.2 y 7.3 de este capítulo para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluso las solicitudes presentadas en el formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS o en el formulario del plan, que están disponibles en nuestro sitio web.

Si su salud lo requiere, solicítenos que le demos una “decisión rápida de cobertura”

Términos legales
Una “decisión rápida de cobertura” se denomina “ determinación de cobertura acelerada ”.

- Para tomar nuestra decisión, usaremos las fechas límite “estándares”, a menos que hayamos acordado usar las fechas límite “rápidas”. Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico. Una decisión rápida de cobertura significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con dos requisitos:**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Puede obtener una decisión rápida de cobertura *únicamente* si solicita cobertura de un *medicamento que aún no haya recibido*. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró).
- Puede obtener una decisión rápida de cobertura *únicamente* si utilizar las fechas límite estándares pudiera *ocasionar un daño grave a su salud o afectar a su capacidad de desempeño*.
- **Si su médico u otra persona que emite la receta le informan que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, aceptaremos automáticamente darle una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta (sin el apoyo de su médico o de otra persona que emite la receta), decidiremos si su estado de salud exige que le demos una decisión rápida de cobertura.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que lo indique (y utilizaremos las fechas límite estándares).
 - En esta carta se le informará que si su médico u otra persona que emite la receta solicitan una decisión rápida de cobertura, automáticamente la tomaremos.
 - La carta también le informará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en vez de la decisión rápida de cobertura que solicitó. La carta le informará cómo presentar una queja de respuesta “rápida”, lo que significa que obtendría nuestra respuesta a su queja dentro de las 24 horas de recibir su queja. (El proceso para presentar una queja es distinto al proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la sección 11 de este capítulo).

Paso 2: consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una decisión “rápida” de cobertura

- Si usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas**.
 - Por lo general, esto significa en las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico en apoyo de su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud exige que lo hagamos.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará la Organización de Revisión Independiente. En la sección 7.6 de este capítulo,

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

le informamos acerca de esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en una Apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionarle dentro de las 24 horas posteriores de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico en apoyo de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el porqué de nuestra negativa. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión “estándar” de cobertura sobre un medicamento que todavía no recibió

- Cuando usamos las fechas límite estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**.
 - Por lo general, esto significa en las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico en apoyo de su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud exige que lo hagamos.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará la Organización de Revisión Independiente. En la sección 7.6 de este capítulo, le informamos acerca de esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en una Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, **debemos proporcionar la cobertura** que acordamos proporcionarle **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración del médico en apoyo de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el porqué de nuestra negativa. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión “estándar” de cobertura acerca de un pago por un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará la Organización de Revisión Independiente. En la sección 7.6 de este capítulo, le informamos acerca de esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en una Apelación de Nivel 2.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que usted solicitó**, también debemos efectuarle el pago exigido dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el porqué de nuestra negativa. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Paso 3: si rechazamos su solicitud de cobertura, puede decidir si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a presentar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, la decisión que tomamos.

Sección 7.5	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)
--------------------	--

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina “ redeterminación ” del plan.
--

Paso 1: se comunica con nosotros y presenta su Apelación de Nivel 1. Si su estado de salud exige una respuesta rápida, debe solicitarnos una “**apelación de respuesta rápida**”.

Qué debe hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona que emite la receta) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax, correo o a través de nuestro sitio web, por cualquier objetivo relacionado con su apelación, consulte la sección 1 del capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D.*
- **Si decide presentar una apelación estándar, preséntela por escrito, enviando una solicitud firmada.** También puede solicitar una apelación al llamar al número de teléfono que se indica en la sección 1 del capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D.*).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si solicita una apelación de respuesta rápida, puede presentarla por escrito o llamarnos al número de teléfono que se encuentra en la sección 1 del capítulo 2** (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D*).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluso las solicitudes presentadas en el formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS, disponible en nuestro sitio web.
- **También puede presentar una solicitud de apelación a través de nuestro sitio web.** Visite nuestro sitio web en denverhealthmedicalplan.org. Haga clic en “Contáctenos” y luego haga clic en “Envíenos un correo electrónico” para presentar la descripción de la apelación.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que enviamos para informarle de nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tuvo un buen motivo para no hacerlo, posiblemente le demos más tiempo para presentar su apelación. Motivos suficientes para no cumplir con una fecha límite pueden ser, por ejemplo, si tuvo una enfermedad grave que evitó que pudiera comunicarse con nosotros o si nosotros le proporcionamos información incorrecta o incompleta de la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más información.**
 - También tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación.
 - Si lo desean, usted y su médico, u otra persona que emite la receta, pueden darnos información adicional que apoye su apelación.

Si su estado de salud lo exige, solicite una “apelación de respuesta rápida”.

Términos legales
Una “apelación de respuesta rápida” también se denomina “redeterminación acelerada”.

- Si piensa apelar una decisión que tomamos sobre un medicamento que usted aún no ha recibido, usted y su médico, u otra persona que emite la receta, deberán decidir si necesitan una “apelación de respuesta rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación de respuesta rápida” son los mismos que aquellos para obtener una “decisión rápida de cobertura” y que figuran en la sección 7.4 de este capítulo.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, volvemos a controlar cuidadosamente la información correspondiente a su solicitud de cobertura. Evaluamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Tal vez nos comuniquemos con usted, con su médico o con la persona que emite la receta para obtener más información.

Fechas límite para una apelación de respuesta “rápida”

- Si utilizamos las fechas límite aceleradas, debemos brindarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Si su salud lo exigiese, le daremos una respuesta más pronto.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde una Organización de Revisión Independiente la evaluará. En la sección 7.6 de este capítulo, le informamos acerca de esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que habíamos acordado proporcionarle dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el porqué de nuestra negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación “estándar”

- Si usamos las fechas límite estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de que recibamos su apelación por un medicamento que aún no recibió. Le daremos antes nuestra decisión si usted aún no ha recibido el medicamento y su afección de salud requiere que lo hagamos. Si cree que su estado de salud lo necesita, debe presentar una apelación de respuesta “rápida”.
 - Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una Organización de Revisión Independiente. En la sección 7.6 de este capítulo, le informamos acerca de esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó:**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, **debemos proporcionar la cobertura** que acordamos proporcionarle, tan pronto como lo exija su estado de salud, pero **no más tarde de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolsar un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el porqué de nuestra negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si está solicitando que le demos un reembolso por un medicamento que ya pagó, debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no le brindamos una decisión dentro de los 14 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. En la sección 7.6 de este capítulo, le informamos acerca de esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en una Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó**, también debemos efectuarle el pago exigido dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el porqué de nuestra negativa. También le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: si no aprobamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y realizar otra apelación.

- Si no aprobamos su apelación, entonces usted elige si desea aceptar esta decisión o hacer otra apelación.
- Si decide hacer otra apelación, significa que esta pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 7.6	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2
--------------------	---

Si no aprobamos su apelación, entonces usted elige si desea aceptar esta decisión o hacer otra apelación. Si decide pasar a una Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que hemos tomado cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ” (Independent Review Entity).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: para hacer una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otra persona que emite la receta) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si no aprobamos su Apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo hacer una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones lo guiarán para saber quién puede hacer esta Apelación de Nivel 2, cuáles son las fechas límite que debe seguir y cómo contactar a la organización de revisión.
- Cuando presente la apelación a la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos acerca de su apelación. A esta información se la llama su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente del caso.**
- Tiene derecho a proporcionar a la Organización de Revisión Independiente información adicional que respalde su apelación.

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente hace una revisión de su apelación y emite una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros ni tampoco es una agencia gubernamental. Es una compañía elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones sobre sus beneficios de la Parte D con nosotros.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente considerarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará acerca de su decisión por escrito junto con la explicación de los motivos.

Fechas límite para una apelación de respuesta “rápida” en el Nivel 2

- Si su salud así lo exigiese, solicite una “apelación de respuesta rápida” a la Organización de Revisión Independiente.
- Si la organización de revisión acuerda otorgarle una “apelación de respuesta rápida”, dicha organización deberá darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente aprueba todo o parte de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que la organización de revisión aprobó **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización.

Fechas límite para una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si es por un medicamento que aún no recibió. Si

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

solicita que le brindemos un reembolso por un medicamento que ya pagó, la organización de revisión debe brindarle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Si la Organización de Revisión Independiente aprueba todo o parte de lo que solicitó:**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, **debemos proporcionar la cobertura de medicamentos** que la organización de revisión aprobó **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización.
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolsarle un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión no aprueba su apelación?

Si esta organización no aprueba su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, usted tiene el derecho a una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para realizar una Apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita deberá cumplir con el monto mínimo. Si el valor monetario de la cobertura del medicamento que solicita es demasiado bajo, no puede hacer otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva. El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará el valor monetario que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: si el valor monetario de la cobertura que solicita cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con el proceso de apelación o no.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (en total, son cinco los niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide hacer una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que obtuvo después de su segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un abogado litigante. La sección 10 de este capítulo le brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía prolongada en el hospital como paciente hospitalizado si piensa que el médico le da el alta demasiado pronto

Cuando usted es hospitalizado, tiene el derecho a obtener todos sus servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura del plan de su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones en esta cobertura, consulte el capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán junto con usted para prepararle para el día de su alta. Además, organizarán la atención que pueda necesitar posterior a su alta.

- El día que usted abandona el hospital se denomina su “**fecha de alta**”.
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo harán saber.
- Si piensa que se le está pidiendo que abandone el hospital demasiado rápido, puede solicitar una estadía en el hospital prolongada y su solicitud se tomará en consideración. Esta sección le informa cómo solicitarlo.

Sección 8.1 Durante su estadía en el hospital como paciente hospitalizado, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos
--

Durante su estadía en el hospital, se le dará un aviso por escrito denominado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cuando son hospitalizadas. Alguien del hospital (por ejemplo, un enfermero o asistente social) deberá entregárselo dentro de los dos días a partir de su internación en el hospital. Si no recibe un aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- 1. Lea detenidamente este aviso y haga preguntas si no lo entiende.** Le informa sobre sus derechos como paciente de un hospital e incluye:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde los puede obtener.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión con respecto a su estadía en el hospital y su derecho a saber quién pagará por ella.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Dónde informar de cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho de apelar la decisión de su alta si cree que el hospital le da el alta demasiado pronto.

Términos legales

El aviso por escrito de Medicare le indica cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”**. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de pedir un retraso en su fecha de alta de manera que cubramos su atención hospitalaria por un período mayor. (La sección 8.2 a continuación le informa cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para mostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**
 - Se le pedirá a usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (En la sección 5.2 de este capítulo se informa cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
 - Firmar el aviso muestra *únicamente* que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no proporciona su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta). Firmar el aviso **no significa** que usted acepta la fecha de alta.
3. **Conserve su copia** del aviso para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o reportar una inquietud sobre la calidad de la atención) cuando la necesite.
 - Si firma el aviso más de dos días antes del día en que sale del hospital, recibirá otra copia antes de que esté programada su alta.
 - Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o a 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar el aviso en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 8.2 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para
cambiar su fecha de alta del hospital**

Si desea solicitar que prolonguemos la cobertura de sus servicios de hospitalización, deberá usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.** Cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica a continuación.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límite que rigen para las cosas que debe hacer.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (consulte la sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Revisa si su fecha de alta programada es médicamente adecuada para usted.

Paso 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, y solicite una “revisión rápida” de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata”.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica financiados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para comprobar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para personas cubiertas por Medicare.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo puede comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, el domicilio y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad correspondiente a su estado, en la sección 4 del capítulo 2 de este folleto).

Actúe rápido:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de salir del hospital y **no más tarde de la**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

medianoche de la fecha de alta. (Su “fecha de alta programada” es la fecha que se le asignó para que usted abandone el hospital).

- Si cumple con esta fecha límite, puede quedarse en el hospital *después* de la fecha de su alta *sin tener que pagar* su estancia mientras espera la decisión de su apelación a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- Si *no* cumple con esta fecha límite y decide quedarse en el hospital después de la fecha de su alta programada, *tal vez deba pagar todos los costos* de la atención médica que reciba posteriormente a su fecha de alta programada.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea realizar la apelación, debe presentarla directo a nuestro plan. Para obtener más detalles sobre esta otra forma de hacer una apelación, consulte la sección 8.4 de este capítulo.

Cómo solicitar una “revisión rápida”:

- Debe solicitar una “**revisión rápida**” de su alta a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Solicitar una “revisión rápida” significa que está pidiendo a la organización que use las fechas límite “rápidas” para evaluar una apelación en lugar de usar las fechas límite estándares.

Términos legales
Una “ revisión rápida ” también se denomina “ revisión inmediata ” o “ revisión acelerada ”.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (para abreviar, los llamaremos “revisores”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare algo por escrito, pero tiene el derecho de hacerlo si desea.
- Los revisores también verán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos proporcionado.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Antes del mediodía del día posterior al cual los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito que proporcionará su fecha de alta programada y explicará en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (medicamente adecuado) que se le dé el alta en esa fecha.

Términos legales

Esta explicación por escrito se denomina “**Aviso detallado del alta**”. Puede obtener una muestra de este aviso si llama a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O también puede ver un ejemplo del aviso en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 3: en el plazo de un día posterior a que haya recibido toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará una respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si se aprueba la apelación?

- Si la organización de revisión *aprueba* su apelación, **debemos continuar proporcionándole los servicios de hospitalización cubiertos durante el tiempo que dichos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde a usted de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, pueden existir limitaciones en los servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si no se aprueba la apelación?

- Si la organización de revisión da una respuesta *negativa* a su apelación, le informa que su fecha de alta programada es médicamente adecuada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios de hospitalización finalizará** al mediodía del día posterior al que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responda su apelación.
- Si la organización de revisión da una respuesta *negativa* a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es **posible que deba pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé respuesta a su apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea hacer otra apelación o no.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación, y permanece en el hospital después de la fecha de alta programada, entonces puede realizar otra apelación. Hacer otra apelación significa pasar al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, puede hacer una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que considere nuevamente la decisión que tomaron en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo completo de la estancia después de la fecha de alta programada.

A continuación, se explican los pasos del Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: debe comunicarse nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendarios** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad considerarán de nuevo cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: dentro de los 14 días calendario de recibir su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando la cobertura de su atención hospitalaria como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario.**

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

- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde a usted de los costos y podrían aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión dice que no:

- Significa que está de acuerdo con la decisión que se tomó con respecto a su Apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que estará a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado litigante.

Paso 4: si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con el proceso de apelación y pasar al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (en total, son cinco los niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y hacer otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un abogado litigante revisarán su apelación.
- La sección 10 de este capítulo le brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para hacer su Apelación de Nivel 1?
--------------------	---

Puede apelar con nosotros

Como se explicó anteriormente en la sección 8.2, debe actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con el fin de iniciar la primera apelación de su alta del hospital. (“Rápidamente” significa antes de abandonar el hospital y no más tarde de la fecha de alta programada, lo que ocurra primero). Si no pudo cumplir con la fecha límite para comunicarse con esta organización, existe otra forma de hacer su apelación.

Si utiliza esta otra forma para hacer su apelación, los *dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso a paso: cómo presentar una Apelación *Alternativa* de Nivel 1

Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos una apelación por medio de una solicitud de “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar de plazos estándares.

Términos legales
Una revisión “rápida” (o “apelación de respuesta rápida”) también se denomina una “ apelación acelerada ”.

Paso 1: comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la sección 1 del capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación acerca de la atención médica*.
- **Asegúrese de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está pidiendo que le demos una respuesta dentro de las fechas límite “rápidas” en lugar de en las fechas límite “estándares”.

Paso 2: realizamos una revisión “rápida” de su fecha de alta programada y verificamos que la decisión haya sido médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, revisamos toda la información acerca de su estadía en el hospital. Verificamos si la fecha de su alta médica es médicamente adecuada. Verificaremos que la decisión acerca de su alta del hospital haya sido justa y acorde a las reglas.
- Ante esta situación, usaremos las fechas límite “rápidas” en lugar de las fechas límite estándares para darle una respuesta acerca de esta revisión.

Paso 3: le informaremos acerca de nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de una “revisión rápida” (“apelación de respuesta rápida”).

- **Si aprobamos su apelación de respuesta rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en el hecho de que debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta y continuaremos proporcionándole los servicios de hospitalización cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. Además, significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió, a partir de la fecha en la que le informamos que nuestra cobertura finalizaría. (Usted debe pagar la parte que le corresponde a usted de los costos y tal vez existan limitaciones de cobertura).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si no aprobamos su apelación de respuesta rápida**, significa que consideramos que la fecha de su alta programada es médicamente adecuada. Nuestra cobertura de servicios de hospitalización finaliza el día que le informamos que la cobertura finalizaría.
 - Si permaneció el hospital *después* de su fecha de alta programada, entonces **tal vez usted deba pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de su alta programada.

Paso 4: si no aprobamos su apelación de respuesta rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel de proceso de apelaciones.

- Para garantizar que estemos siguiendo las reglas al no aprobar su apelación de respuesta rápida, **debemos enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Si hacemos esto, significa que pasará *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de Apelación *Alternativa* de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando no aprobamos su “apelación de respuesta rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ” (Independent Review Entity).

Paso 1: remitiremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información relacionada con su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas a partir del momento en el que no aprobamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de apelaciones. La sección 11 de este capítulo le informa cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le brindan una respuesta dentro de las 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan ni tampoco es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- por Medicare para cumplir el trabajo de Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación sobre el alta del hospital.
 - **Si la organización *aprueba* su apelación**, entonces debemos reembolsarle (pagarle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido a partir de la fecha de su alta programada. También debemos continuar la cobertura del plan de sus servicios de hospitalización siempre y cuando sean médicamente necesarios. Usted debe continuar pagando la parte que le corresponde a usted de los costos. Si existen limitaciones en la cobertura, estas podrían afectar el monto del reembolso o el período de cobertura de los servicios médicos a nuestro cargo.
 - **Si esta organización *rechaza* su apelación**, esto significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta programada del hospital fue médicamente adecuada.
 - El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar al Nivel 3 de apelación, que estará a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado litigante.

Paso 3: si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con el proceso de apelación o no.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (en total, son cinco los niveles de apelación). Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa al Nivel 3 y hace una tercera apelación.
- La sección 10 de este capítulo le brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que continuemos con la cobertura de ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 9.1	<i>Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un establecimiento de enfermería especializada y servicios de un establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (CORF)</i>
--------------------	---

Esta sección trata *únicamente* sobre los siguientes tipos de atención:

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

- **Servicios de atención médica a domicilio** que usted está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que usted está recibiendo como paciente en un establecimiento de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para considerarse un “establecimiento de enfermería especializada”, consulte el capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente ambulatorio en un establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una cirugía mayor. (Para obtener más información sobre este tipo de establecimiento, consulte el capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos correspondientes a ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesaria la atención para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información acerca de los servicios cubiertos, incluidos la parte que le corresponde a usted del costo y las limitaciones de la cobertura que pudiera corresponder, consulte el capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Cuando decidimos que es momento de interrumpir la cobertura de cualquiera de los tres tipos de atención, debemos informárselo con anticipación. Cuando su cobertura de esos servicios finalice, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de la atención*.

Si piensa que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le explica cómo solicitar una apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 9.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, usted recibirá un aviso.

- El aviso por escrito le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
- El aviso por escrito también le informa qué puede hacer si desea solicitar que nuestro plan cambie su decisión sobre cuándo finalizar su atención y continúe cubriéndola durante un período más largo.

Términos legales

Al decirle qué puede hacer, el aviso por escrito está indicándole cómo puede solicitar una **“apelación de vía rápida”**. Solicitar una apelación de vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura en relación con cuándo finalizar su atención. (La sección 9.3 a continuación le informa cómo puede solicitar una apelación de vía rápida).

El aviso por escrito se denomina **“Aviso de finalización de la cobertura de Medicare”**.

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para mostrar que lo recibió.**

- Se le pedirá a usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La sección 5.2 le informa cómo puede otorgar un permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
- Firmar el aviso significa *únicamente* que recibió la información acerca de la finalización de la cobertura. **Firmarlo no significa que usted está de acuerdo** con el plan acerca de que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea pedirnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá usar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.** Cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica a continuación.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límite que rigen para las cosas que debe hacer. También existen fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si usted considera que

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

no estamos cumpliendo nuestras fechas límite, puede presentar una queja. La sección 11 de este capítulo le informa cómo presentar una queja).

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (consulte la sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si se cambiará o no la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: presentar una Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica cuyos honorarios paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Supervisan la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es tiempo de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió le informa cómo ponerse en contacto con esta organización. (O busque el nombre, el domicilio y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad correspondiente a su estado en la sección 4 del capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite que esta organización realice una “apelación de vía rápida” (que haga una revisión independiente) con respecto a si es médicamente adecuado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para contactar a esta organización

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia en el Aviso de finalización de la cobertura de Medicare.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea presentar la apelación, debe presentar su apelación directamente con nosotros. Para obtener más detalles sobre esta otra forma de hacer una apelación, consulte la sección 9.5 de este capítulo.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (para abreviar, los llamaremos “revisores”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare algo por escrito, pero tiene el derecho de hacerlo si desea.
- La organización de revisión también verá su información médica, hablará con su médico y consultará la información que el hospital y nuestro plan le hayan proporcionado.
- Al final del día, los revisores nos informan acerca de su apelación, y usted también recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que explicará en detalle los motivos por los cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta explicación del aviso se denomina “ Explicación detallada de la finalización de cobertura ”.

Paso 3: en el lapso de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los revisores le informarán de su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aprueban su apelación?

- Si los revisores *aprueban* su apelación, entonces **debemos seguir proporcionando los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde a usted de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, pueden existir limitaciones en los servicios cubiertos (consulte el capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores no aprueban su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **la cobertura finalizará en la fecha que le comunicamos.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo atención médica a domicilio, atención en un establecimiento de enfermería especializada o servicios del establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) *después* de la fecha de finalización de la cobertura, entonces usted **deberá pagar el costo completo de esta atención médica.**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea hacer otra apelación o no.

- Esta primera apelación que usted haga es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su Apelación de Nivel 1 y usted elige seguir recibiendo atención después de que su cobertura de atención haya finalizado, puede hacer otra apelación.
- Hacer otra apelación significa pasar al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 9.4 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación y usted opta por continuar recibiendo atención después de que la cobertura por su atención finalice, puede hacer una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que considere nuevamente la decisión que tomaron en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo completo por los servicios de su atención médica a domicilio, atención en un establecimiento de enfermería especializada o servicios en un establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura.

A continuación, se explican los pasos del Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: debe comunicarse nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** posteriores al día en el que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención médica después de la fecha en que su cobertura de atención médica finalizó.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad considerarán de nuevo cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: dentro de los 14 días de haber recibido su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión aprueba su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió a partir de la fecha en la que le informamos que la cobertura finalizaría. **Debemos seguir proporcionando la cobertura** de su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Usted debe pagar la parte que le corresponde a usted de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos con respecto a su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que estará a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado litigante.

Paso 4: si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con el proceso de apelación.

- Después del Nivel 2, existen tres niveles de apelación adicionales, es decir, un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y hacer otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un abogado litigante revisarán su apelación.
- La sección 10 de este capítulo le brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para hacer su Apelación de Nivel 1?
--------------------	--

Puede apelar con nosotros

Como se explicó anteriormente en la sección 9.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su primera apelación (en un lapso de uno o dos días, como máximo). Si no pudo cumplir con la fecha límite para comunicarse con esta organización, existe otra forma de hacer su apelación. Si utiliza esta otra forma para hacer su apelación, los *dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una Apelación *Alternativa* de Nivel 1

Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos una apelación por medio de una solicitud de “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar de plazos estándares.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

A continuación, se explican los pasos para realizar una Apelación Alternativa de Nivel 1:

Términos legales
Una revisión “rápida” (o “apelación de respuesta rápida”) también se denomina una “ apelación acelerada ”.

Paso 1: comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la sección 1 del capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación acerca de la atención médica*.
- **Asegúrese de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está pidiendo que le demos una respuesta dentro de las fechas límite “rápidas” en lugar de en las fechas límite “estándares”.

Paso 2: hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos acerca de cuándo dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, consultamos nuevamente toda la información sobre su caso. Evaluamos si seguimos todas las reglas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.
- Usaremos las fechas límite “rápidas” en lugar de las fechas límite estándares para darle la respuesta respecto de esta revisión.

Paso 3: le informaremos acerca de nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de una “revisión rápida” (“apelación de respuesta rápida”).

- **Si aprobamos su solicitud de apelación de respuesta rápida,** significa que estamos de acuerdo con el hecho de que usted necesita los servicios médicos por más tiempo y que continuaremos proporcionándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. Además, significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió, a partir de la fecha en la que le informamos que nuestra cobertura finalizaría. (Usted debe pagar la parte que le corresponde a usted de los costos y tal vez existan limitaciones de cobertura).
- **Si no aprobamos su solicitud de apelación de respuesta rápida,** entonces su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica a domicilio, atención en un establecimiento de enfermería especializada o servicios del establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) *después* de la fecha de finalización de la cobertura, entonces **usted deberá pagar el costo completo** de esta atención médica.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: si no aprobamos su apelación de respuesta rápida, su caso irá automáticamente al siguiente nivel de proceso de apelaciones.

- Para garantizar que estemos siguiendo las reglas al no aprobar su apelación de respuesta rápida, **debemos enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Si hacemos esto, significa que pasará *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de Apelación *Alternativa* de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando no aprobamos su “apelación de respuesta rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ” (Independent Review Entity).

Paso 1: remitiremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información relacionada con su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas a partir del momento en el que no aprobamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de apelaciones. La sección 11 de este capítulo le informa cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le brindan una respuesta dentro de las 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan ni tampoco es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para cumplir el trabajo de Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente considerarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *aprueba* su apelación,** entonces debemos reembolsarle (pagarle) nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido a partir de la fecha que dijimos que finalizaría su cobertura. Debemos además, continuar proporcionando cobertura para su atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Usted debe continuar pagando la parte que le corresponde a usted de los costos. Si existen limitaciones en la cobertura, estas podrían afectar el monto del reembolso o el período de cobertura de los servicios médicos a nuestro cargo.

- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que nuestro plan tomó respecto de su primera apelación y no la modificará.
 - El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con el proceso de apelación o no.

- Después del Nivel 2, existen tres niveles de apelación adicionales, es decir, un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores no aprueban su Apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y hacer otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un abogado litigante revisarán su apelación.
- La sección 10 de este capítulo le brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otras instancias

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de servicios médicos

Esta sección podría ser adecuada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor monetario del artículo o servicio médico por el que apeló alcanza ciertos montos mínimos, usted podría pasar a niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo exigido, no podrá realizar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta por escrito que usted reciba respecto de su Apelación de Nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para realizar una Apelación de Nivel 3.

Los últimos tres niveles de apelaciones funcionan casi de la misma manera para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones. A continuación, se explica quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (denominado juez de derecho administrativo) o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

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

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado litigante aprueba su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber concluido*.** Decidiremos si apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 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 los documentos que la acompañan. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado litigante rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber concluido*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, se habrá terminado el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el abogado litigante rechaza su apelación, el aviso que reciba le dirá lo que debe hacer si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión favorable de una Apelación del Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede o no haber concluido*.** Decidiremos si apelar esta decisión al Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico cumple con el valor requerido en dólares.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo niega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede o no haber concluido*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, se habrá terminado el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso por escrito también le indicará a quién debe contactar y qué hacer posteriormente si elige continuar con su apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Apelación de Nivel 5 Un juez en el **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección podría ser adecuada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló cumple ciertos montos monetarios, usted podría pasar a niveles de apelación adicionales. Si el monto monetario es menor, no podrá realizar más apelaciones. La respuesta por escrito que usted reciba respecto de su Apelación de Nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para realizar una Apelación de Nivel 3.

Los últimos tres niveles de apelaciones funcionan casi de la misma manera para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones. A continuación, se explica quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (denominado 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 sí, se termina el proceso de apelaciones.** Se aprobó lo que usted solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que haya sido aprobada por el juez de derecho administrativo o el abogado litigante **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago no más tarde de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, se habrá terminado el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el abogado litigante rechaza su apelación, el aviso que reciba le dirá lo que debe hacer si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, se termina el proceso de apelaciones.** Se aprobó lo que usted solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que haya sido aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

para apelaciones aceleradas) o hacer el pago no después de 30 días calendario posteriores a la recepción de la decisión.

- Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado*.
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, se habrá terminado el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud de revisión de la apelación, el aviso que recibirá le indicará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso por escrito también le indicará a quién debe contactar y qué hacer posteriormente si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez en el **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes



Si su problema tiene que ver con decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o los pagos, esta sección *no es para usted*. En cambio, usted necesita usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se abordan en el proceso de quejas?

Esta sección explica cómo usar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se abordan en el proceso de quejas.

Si tiene algún problema de este tipo, puede “presentar una queja”

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?

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

Queja	Ejemplo
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que usted considera que debe ser confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien fue descortés o irrespetuoso con usted? • ¿Está insatisfecho con la manera en que Servicios del Plan de Salud lo trató? • ¿Cree que está siendo incitado a abandonar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirlo? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O a Servicios del Plan de Salud u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera, cuando se solicita un medicamento con receta o en la sala de examen.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que recibe de nuestra parte	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que no le hemos proporcionado un aviso que debíamos haberle proporcionado? • ¿Cree que la información escrita que le brindamos es difícil de comprender?

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
<p>Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones con respecto a decisiones de cobertura y apelaciones).</p>	<p>El proceso de solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4 a 10 de este capítulo. Si desea solicitar que se tome una decisión de cobertura o presentar una apelación, utilice ese proceso y no el proceso para presentar quejas.</p> <p>Sin embargo, si ya solicitó una decisión de cobertura o hizo una apelación y considera que no respondemos con la rapidez suficiente, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Los siguientes son ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos pidió una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación de respuesta rápida” y le hemos dicho que no se la brindaremos, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con los plazos para brindarle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que presentó, puede presentar una queja. • Cuando se evalúa una decisión de cobertura que tomamos y se nos indica que debemos cubrirle o reembolsarle determinados servicios médicos o medicamentos, existen fechas límite que deben cumplirse. Si considera que no estamos cumpliendo con esas fechas límite, puede presentar una queja. • Cuando no le ofrecemos una decisión a tiempo, se nos exige que traslademos su caso a una Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro de las fechas límite exigidas, puede presentar una queja.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 11.2 El nombre formal para “realizar una queja” es “presentar una queja”

Términos legales

- Lo que en esta sección se denomina “**queja**” también se denomina “**queja**”.
- Otro nombre para “**realizar una queja**” es “**presentar una queja**”.
- Otra forma de decir “**usar el proceso de quejas**” es “**usar el proceso para presentar una queja**”.

Sección 11.3 Paso a paso: cómo realizar una queja

Paso 1: comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Generalmente, el primer paso es llamar a Servicios del Plan de Salud.** Si es necesario hacer algo más, Servicios del Plan de Salud se lo informará. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o realice una llamada gratuita al 1-877-956-2111 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.
- **Si no desea llamar (o usted llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Debe presentar su queja por escrito dentro de los 60 días después del acontecimiento o incidente. Debemos evaluar su queja tan rápidamente como lo requiera su caso, según su estado de salud, pero no más tarde de los 30 días a partir de haber recibido su queja. Podríamos extender el plazo de tiempo hasta 14 días si usted solicita la extensión o si justificamos la necesidad de obtener información adicional y el retraso es para su beneficio.
- Tiene derecho a un proceso de queja interno acelerado, también llamado “de respuesta rápida”. Al solicitar una queja acelerada, tomaremos una decisión rápida sobre la solicitud y le notificaremos dentro de 24 horas, pero no más tarde que 72 horas, y enviaremos una carta de resolución en un plazo de 3 días. Tenga en cuenta que una queja acelerada puede ocurrir en las siguientes situaciones:
 - Solicitó una decisión de respuesta rápida sobre un servicio y decidimos procesarlo conforme a nuestro plazo no acelerado regular o “estándar”. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de procesar su solicitud conforme a nuestro plazo estándar, puede presentar una queja acelerada. Tenga en cuenta lo siguiente:

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Le brindaremos una decisión de respuesta rápida si usted presenta (o vuelve a presentar) la solicitud con una declaración de respaldo por parte de su médico en la que se afirma que se debe revisar la solicitud de manera acelerada basada en su afección médica. Sin la declaración de respaldo por parte de su médico, determinaremos si la solicitud cumple con ciertos criterios para procesarla de manera acelerada.

- Cuando ampliamos el plazo por 14 días adicionales para tomar una determinación de la organización (p. ej., una solicitud por un servicio) o para una apelación y usted no está de acuerdo con nuestra decisión de ampliar el plazo.
- **Si decide llamarnos o escribirnos, debe comunicarse con Servicios del Plan de Salud de inmediato.** La queja debe realizarse dentro de los 60 días calendario posteriores al surgimiento del problema sobre el cual desea presentar la queja.
- **Si está presentando una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación de respuesta rápida”, automáticamente le concederemos una queja de respuesta “rápida”.** Si presenta una queja de respuesta “rápida”, significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.

Términos legales
Lo que esta sección denomina “ queja de respuesta rápida ” también se denomina “ queja acelerada ”.

Paso 2: analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos inmediatamente.** Si usted nos llama con una queja, podremos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su afección de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es por su bien o si usted pide más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo haremos saber por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** parcial o totalmente con su queja, o no asumimos la responsabilidad del problema por el que presenta una queja, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá nuestros motivos para esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo o no con la queja.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad**

Puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención que recibió mediante el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja es por la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante esta organización (*sin* presentar la queja a nuestro plan).
 - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
 - Para buscar el nombre, el domicilio y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad correspondiente a su estado, consulte la sección 4 del capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja ante esta organización, colaboraremos con ella para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja a ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención a nosotros y también a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas muy en serio y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

**SECCIÓN 12 Cómo manejar los problemas relacionados con sus
beneficios de Medicaid**

Si tiene problemas con sus beneficios de Medicaid, puede presentar una queja acerca de su plan de Medicaid directamente ante HCPF. Encontrará la información correspondiente en la sección 6 del capítulo 2 (Medicaid).

CAPÍTULO 10

*Cancelación de su membresía en el
plan*

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción	239
Sección 1.1	Este capítulo se enfoca en la cancelación de su membresía en nuestro plan.	239
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	239
Sección 2.1	Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid.....	239
Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción anual.....	240
Sección 2.3	Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage.....	241
Sección 2.4	En determinadas situaciones, usted puede cancelar su membresía durante el período de inscripción especial.....	242
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?.....	243
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	244
Sección 3.1	Por lo general, su membresía se cancela al inscribirse en otro plan.....	244
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	245
Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan....	245
SECCIÓN 5	Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....	246
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?	246
Sección 5.2	Nosotros <u>no</u> podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.....	247
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.....	247

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo se enfoca en la cancelación de su membresía en nuestro plan
--------------------	--

La cancelación de su membresía en Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Puede retirarse de nuestro plan porque usted decidió que *desea* retirarse.
 - Solo hay determinados momentos durante el año, o determinadas situaciones, en los cuales usted puede cancelar su membresía en el plan. En la sección 2 se explica cuándo y cómo puede cancelar su membresía en el plan. La sección 2 le indica acerca de los tipos de planes en los cuales puede inscribirse y cuándo empezará su inscripción en su nueva cobertura.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía puede variar en función del tipo de cobertura que elija. La sección 3 le informa *cómo* cancelar su membresía en cada situación.
- También existen situaciones limitadas en las que usted no elige retirarse, pero está obligado a cancelar su membresía. La sección 5 le informa sobre situaciones en las que debe finalizar su membresía.

Si usted abandona nuestro plan, debe continuar recibiendo la atención médica y los medicamentos con receta a través de nuestro plan hasta que termine su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Usted puede cancelar su membresía en nuestro plan solamente durante determinados momentos del año, llamados períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el período de inscripción anual y durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, usted también puede ser elegible para abandonar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1	Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid
--------------------	--

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden finalizar su membresía únicamente durante ciertos períodos del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a otro plan una vez durante cada uno de los siguientes períodos de inscripción especiales:

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

- enero a marzo
- abril a junio
- julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar al siguiente período para cancelar su membresía o cambiar a otro plan. No puede usar este período de inscripción especial para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, las personas con Medicare pueden realizar cambios desde el 15 de octubre al 7 de diciembre durante el período de inscripción anual. La sección 2.2 le brinda más detalles sobre el período de inscripción anual.

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar?** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos con receta o uno que no los cubra).
 - Medicare Original *junto con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya indicado que no desea la inscripción automática.

Nota: Si cancela la inscripción en un plan de cobertura de medicamentos con receta de Medicare y permanece sin una cobertura de medicamentos con receta “acreditable” durante un período ininterrumpido de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare).

Comuníquese con la oficina de Medicaid estatal para conocer las opciones de su plan Medicaid (los números de teléfono están en la sección 6 del capítulo 2 de este folleto).

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía por lo general se cancelará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar de planes. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción anual
--------------------	--

Puede cancelar su membresía en cualquier momento durante el período de inscripción anual (también llamado “período de inscripción abierta anual”). Este es el momento en que usted deberá revisar su cobertura de salud y de medicamentos, y tomar una decisión acerca de su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el período de inscripción anual?** Es desde el 15 de octubre al 7 de diciembre.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el período de inscripción anual?** Puede optar por conservar su cobertura actual o modificar su cobertura para el próximo año. Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos con receta o uno que no los cubra).
 - Medicare Original *junto con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - *O bien*, Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Si recibe "Extra Help" (Ayuda adicional) de Medicare para pagar los costos de los medicamentos con receta:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya indicado que no desea la inscripción automática.

Nota: Si cancela la inscripción en un plan de cobertura de medicamentos con receta de Medicare y permanece sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable durante un período ininterrumpido de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Consulte la sección 4 del capítulo 1 para obtener más información acerca de la penalización por inscripción tardía.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará cuando la cobertura de su nuevo plan comience, el 1 de enero.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Es todos los años desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, usted puede hacer lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos con receta o uno que no los cubra).
 - Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si opta por cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se inscribió en un plan diferente de Medicare Advantage o de que recibimos su solicitud para cambiarse a Medicare Original. Si usted también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4	En determinadas situaciones, usted puede cancelar su membresía durante el período de inscripción especial
--------------------	--

En algunas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía en otros momentos del año. A esto se lo llama **período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un período de inscripción especial?** Si algunas de las siguientes situaciones se aplican a usted, usted es elegible para cancelar su membresía durante un período de inscripción especial. Estos solo son ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
 - Generalmente, cuando se ha mudado.
 - Si tiene HCPF (Medicaid).
 - Si es elegible para recibir "Extra Help" (Ayuda adicional) para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
 - Si no cumplimos nuestro contrato.
 - Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar para personas mayores o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
 - Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE).
 - **Nota:** Si está en un Programa de Manejo de Medicamentos, es posible que no pueda cambiar de planes. En la sección 10 del capítulo 5 se informa más sobre los Programas de Manejo de Medicamentos.

Nota: La sección 2.1 le brinda más detalles sobre el período de inscripción especial para las personas con Medicaid.

- **¿Cuándo son los períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si usted es elegible para utilizar un período de inscripción especial, puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como la cobertura de medicamentos con receta. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos con receta o uno que no los cubra).

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

- Medicare Original *junto con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- *O bien*, Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Si recibe "Extra Help" (Ayuda adicional) de Medicare para pagar los

costos de los medicamentos con receta: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya indicado que no desea la inscripción automática.

Nota: Si cancela la inscripción en un plan de cobertura de medicamentos con receta de Medicare y permanece sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable durante un período ininterrumpido de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Consulte la sección 4 del capítulo 1 para obtener más información acerca de la penalización por inscripción tardía.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Por lo general, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que su solicitud para cambiar su plan sea recibida.

Nota: Las secciones 2.1 y 2.2 le ofrecen más información sobre el período de inscripción especial para las personas con Medicaid y "Extra Help" (Ayuda adicional).

Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?
--------------------	---

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar a Servicios del Plan de Salud** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Usted puede encontrar la información en el manual *Medicare y usted 2022*.
 - Todas las personas que cuentan con Medicare reciben una copia del manual *Medicare y usted 2022* cada año en el otoño. Aquellos miembros nuevos de Medicare la reciben dentro de un mes después de haberse inscrito por primera vez.
 - También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede pedir una copia impresa llamando a Medicare al número que se proporciona a continuación.
- También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1	Por lo general, su membresía se cancela al inscribirse en otro plan
--------------------	--

Por lo general, para cancelar su membresía en nuestro plan, simplemente debe inscribirse en otro plan de Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original pero no ha seleccionado un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, debe pedir que se cancele la inscripción en nuestro plan. Existen dos maneras en que puede cancelar la inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía de nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Otro plan de salud de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del siguiente mes. Se cancelará la inscripción de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) automáticamente cuando su nuevo plan de cobertura comience.
<ul style="list-style-type: none">• Medicare Original <i>junto con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del siguiente mes. Se cancelará la inscripción de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) automáticamente cuando su nuevo plan de cobertura comience.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. <ul style="list-style-type: none"> ○ Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya indicado que no desea la inscripción automática. ○ Si cancela la inscripción en un plan de cobertura de medicamentos con receta de Medicare y permanece sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable durante un período ininterrumpido de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). • También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará la inscripción de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) cuando comience la cobertura en Medicare Original.

Si tiene preguntas sobre los beneficios de HCPF, comuníquese con HCPF al 1-800-221-3943 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m., y los sábados de 8 a.m. a 12 p.m. Pregunte cómo el inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original afecta la manera en que obtiene la cobertura de HCPF.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan
--------------------	--

Si abandona Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), podría pasar tiempo antes de que se cancele su membresía y entre en vigor su nueva cobertura de Medicare y Medicaid. (Consulte la sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe seguir recibiendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe seguir usando nuestras farmacias de la red para adquirir sus medicamentos con receta hasta que su membresía en nuestro plan se cancele.** Por lo general, sus medicamentos con receta únicamente se cubren si se adquieren en una farmacia de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacias de envíos por correo.
- **Si es hospitalizado el día que su membresía se cancela, por lo general su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta** (aunque sea dado de alta después de que inicie su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?
--

Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre algunas de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si usted ya no es elegible para recibir los beneficios de Medicaid. Como se indicó en la sección 2.1 del capítulo 1, nuestro plan está diseñado para las personas que son elegibles para recibir los beneficios de Medicare y Medicaid. Usted debe inscribirse a otro de nuestros planes Medicare Advantage o cambiar a otro plan de Medicare en un plazo de 6 meses.
- Si se traslada fuera de nuestra área de servicio.
- Si está afuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje prolongado, debe llamar a Servicios del Plan de Salud para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios del Plan de Salud están impresos en la contraportada de este folleto).
- Si se lo encarcela (va a prisión).
- Si usted no es un ciudadano estadounidense o no tiene presencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tenga que proporcione cobertura de medicamentos con receta.
- Si intencionalmente proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esta información afecta a los requisitos de elegibilidad a nuestro plan. (No podemos obligarlo a que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos la autorización de Medicare).
- Si usted se comporta continuamente de una forma incorrecta y dificulta que le proporcionemos atención médica a usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos la autorización de Medicare).

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

- Si usted permite que alguien más utilice su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos la autorización de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare podría enviar su caso al Inspector General para que lo investigue.
- Si se le requiere que pague el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿Dónde puede obtener información adicional?

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar a **Servicios del Plan de Salud** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2	Nosotros <u>no</u> podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud
--------------------	--

Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que le solicitan que abandone el plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar la sección 11 del capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley vigente	250
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	250
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	250
SECCIÓN 4	Aviso sobre la responsabilidad de terceros	251
SECCIÓN 5	Declaración de no discriminación y requisito de accesibilidad	253

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

Varias leyes se aplican a esta *Evidencia de cobertura* y podrían aplicarse algunas disposiciones adicionales que exija la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aún si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que rige este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) y los reglamentos creados bajo la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services) (o CMS). Además, pueden aplicar otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, pueden aplicarse las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe acatar las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** a ninguna persona por raza, grupo étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, historia médica, información genética, pruebas de asegurabilidad, ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben acatar las leyes federales contra la discriminación, incluso el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964; la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973; la Ley de Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975; la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), la Sección 1557 de la Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act) y todas las demás leyes que se aplican para organizaciones que reciben financiación federal y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes relacionadas con la discriminación o el trato injusto, comuníquese con la **Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights)** del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de EE. UU. al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights).

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios del Plan de Salud puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con los reglamentos de CMS en el título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) en las secciones 422.108 y 423.462, Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario ejerce

conforme a los reglamentos de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre la responsabilidad de terceros

CUANDO OTRA PARTE OCASIONA LESIONES O ENFERMEDADES

Si otra persona o entidad es legalmente responsable de ocasionar su lesión o enfermedad (un “tercero responsable”):

- Aceptamos pagar los servicios cubiertos con la condición de que podamos recuperar el costo de dichos servicios cubiertos de cualquier pagador de beneficios, reclamos y daños, con inclusión pero sin limitarse a, usted y su compañía de seguros, y el tercero responsable y la compañía de seguros del tercero responsable (los cuales serán referidos colectivamente como el “pagador”) si la obligación del pagador resulta de un acuerdo, sentencia, adjudicación u otro proceso. Esto significa que si usted tiene derecho a recibir un pago de parte de un pagador, entonces nosotros tenemos derecho a recuperar el costo de los servicios cubiertos que pagamos antes de que usted pueda recuperar cualquier monto. Esto se aplica incluso si usted no es compensado en su totalidad por su lesión o enfermedad, e incluso si el dinero que se pagará se caracteriza como una compensación por el dolor y el sufrimiento, los salarios perdidos, la muerte por negligencia o cualquier otro tipo de compensación. Usted acepta que:
 - Inmediatamente después de nuestro pago de los servicios cubiertos, tendremos un derecho de retención subrogatorio automático en contra de los derechos de primera parte y primera prioridad, en y para cualquier acuerdo, sentencia, adjudicación u otro pago que usted o su representante puedan tener derecho a recuperar.
 - Podemos facturar directamente al pagador o permitir que nuestros proveedores contratados busquen la recuperación de parte del pagador a través de cualquier medio legal, con inclusión, pero sin limitarse a, la presentación de un derecho de gravamen al hospital en conformidad con los Estatutos Revisados de Colorado (Colorado Revised Statutes, C.R.S.) § 38-27-101.
 - Tenemos el derecho, pero no la obligación, de buscar la recuperación de un pagador a nuestra total discreción.
- Usted acepta lo siguiente:
 - Dentro de los 30 días siguientes a su lesión o enfermedad, o tan pronto como sea práctico, nos informará:
- Si un tercero responsable le causó la lesión o enfermedad.
- El nombre del tercero responsable o cualquier otro posible pagador de sus facturas médicas.
- El nombre del abogado que usted haya contratado para cobrarle al pagador.

Capítulo 11. Avisos legales

- Acerca de cualquier comunicación con el pagador, o demandas y otros procedimientos que incluyan al pagador, y nos proporcionará actualizaciones regulares y periódicas de dichos acontecimientos.
 - Usted o cualquier persona que actúe en su nombre o de sus herederos, con inclusión pero sin limitarse a, su agente, abogado, poder notarial, cesionario, apoderado, padre, madre, tutor legal, guardián, curador, representante personal y administrador (los cuales serán referidos colectivamente como “representante”) le notificarán al pagador que:
 - Hemos estado o estamos en el proceso de hacer el pago de sus facturas médicas.
 - El pagador debe comunicarse con nosotros para discutir el pago a nosotros.
 - El pagador nos debe pagar antes de que le pague a usted o a su representante.
- Ni usted ni su representante harán nada para perjudicar nuestra capacidad de recuperar del pagador, con inclusión de:
 - Llegar a un acuerdo con un pagador que no nos proporciona un pago.
 - Liberar de responsabilidad a cualquier persona o entidad sin nuestro permiso.
 - Si el pagador le paga a usted o a su representante pero no a nosotros, entonces usted o su representante estarán personalmente obligados a reembolsarnos hasta el monto de dicho pago, el monto de los servicios cubiertos que pagamos en su nombre. Si no podemos cobrarle al pagador por falta de ayuda de su parte, o por la interferencia suya o de su representante, entonces esa falta de ayuda o esa interferencia pueden resultar en la cancelación de inscripción en nuestro plan.
 - Si se les solicita, usted y su representante acuerdan firmar cualquier documento, que incluye, sin carácter limitativo, una divulgación de registros médicos que nos ayude a cobrarle al pagador.
 - Usted y su representante acuerdan cooperar completamente con nosotros en nuestros intentos de recibir el reembolso de los beneficios que pagamos en su nombre.
 - Los costos de nuestra representación legal serán pagados únicamente por nosotros, excepto en el caso donde la representación legal fue necesaria para cobrarle a usted o a su representante. Los costos de la representación legal para usted y su representante los pagará únicamente usted o su representante.

Usted acepta que todo lo expresado anteriormente será vinculante para usted y su representante, y en sus sucesores, herederos y cesionarios, ahora y en el futuro. La ley de Medicare se aplicará con respecto a los servicios cubiertos por Medicare. En caso de preguntas, comuníquese con el Departamento de Servicios del Plan de Salud (Health Plan Services Department) llamando al 303-602-2111 o al 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Divulgación de información médica y de facturación a terceros

En la medida prevista por la ley, podemos divulgar su información médica y de facturación a sus representantes y pagadores para la adjudicación y subrogación de los reclamos de beneficios de salud. Esto incluye proporcionar registros de procesamiento de reclamos, registros de facturación del proveedor y los registros médicos a sus representantes y pagadores para determinar el alcance del seguro, los beneficios, los daños, la compensación y otros pagos que pudieran estar disponibles para cubrir sus gastos médicos.

SECCIÓN 5 Declaración de no discriminación y requisito de accesibilidad

Denver Health Medical Plan, Inc., en adelante denominada la "Compañía", cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. La Compañía no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, estado de salud ni necesidad de servicios de atención médica.

La Compañía

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, tales como los siguientes:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - intérpretes capacitados
 - información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con la Compañía con una llamada gratuita: 1-800-700-8140; para llamadas de TTY comuníquese al 711.

Si considera que la Compañía no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de una u otra forma, por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, estado de salud o necesidad de servicios de atención médica, usted puede presentar una queja ante el Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeals Department) de la Compañía, en 938 Bannock Street, Mail Code 6000, Denver, CO 80204, n.º de teléfono 303-602-2261. Puede presentar una queja por correo postal o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, un especialista en apelaciones y quejas está a su disposición para brindársela.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) de manera electrónica a través del Portal para

Capítulo 11. Avisos legales

Quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo al siguiente domicilio o teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019
TTY: 800-537-7697

Los formularios para quejas se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-700-8140 (TTY/TDD: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-700-8140 (TTY: 711).

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-700-8140 (TTY: 711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어지원서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.
1-800-700-8140 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.
Звоните 1-800-700-8140 (телетайп: 711).

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከጎ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ። 1-800-700-8140 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

لحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم
رقم هاتف الصم والبكم: 711. 1-800-700-8140

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-700-8140 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-700-8140 (ATS : 711).

ध्यानदिनुहोस्: तपाईंलेनेपालीबोलुनुहुन्छभनेतपाईंकोनिमित्तभाषासह
यातासेवाहरुनि:शुल्करूपमाउपलब्धछ।फोनगर्नुहोस् 1-800-700-8140 (टिटिवाइ: 711)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-700-8140 (TTY: 711).

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。
1-800-700-8140 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajjila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama.
Bilbilaa 1-800-700-8140 (TTY: 711).

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با
711 تماس بگیرید.

Dè dẹ nià ke dyédé gbo: Ọ jù ké m̀ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jù ní, níí, à wùdù kà kò dọ̀ po-poò b́éin m̀ gbo kpáa.
Dá 1-800-700-8140 (TTY: 711)

Ige nti: O buru na asu Ibo asusu, enyemaka diri gi site na call 1-800-700-8140 (TTY: 711).

AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi 1-800-700-8140 (TTY: 711).

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Aparatos ortopédicos y protésicos: son los dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, pero no están limitados a, soportes para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales, prótesis oculares; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o parte interna del cuerpo, por ejemplo, suministros de ostomía y para la terapia nutricional enteral y parenteral.

Apelación: una apelación es lo que usted puede hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o de medicamentos con receta, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede presentar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que usted considera que debe recibir. En el capítulo 9 se explican las apelaciones, incluso el proceso para presentar una apelación.

Área de servicio: es el área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si es que limita la membresía según la zona donde vivan las personas. Para planes que limitan qué médicos y hospitales usted puede utilizar, generalmente es también el área donde usted obtiene servicios rutinarios (que no son de emergencia). El plan puede cancelar la inscripción si usted se muda de forma permanente fuera del área de servicio del plan.

Asistente de atención domiciliaria: es quien proporciona servicios que no requieren la experiencia de un profesional de enfermería o un terapeuta con licencia, tales como ayuda con el cuidado personal (p. ej. bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los asistentes de atención domiciliaria no tienen una licencia en enfermería ni proporcionan servicios de terapia.

Atención de emergencia: son los servicios cubiertos que: (1) proporciona un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y (2) se necesitan para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en un establecimiento de enfermería especializada (SNF): es la atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se ofrecen de manera continua y a diario en un establecimiento de enfermería especializada. Algunos ejemplos de la atención en un establecimiento de enfermería especializada incluyen la terapia física o las inyecciones intravenosas que solamente pueden ser aplicadas por una enfermera diplomada o por un médico.

Autorización previa: es la aprobación previa para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden o no estar en nuestro *Formulario de medicamentos*. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen la “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están en la Tabla de beneficios médicos en el capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nuestra parte. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en el *Formulario de medicamentos*.

Cancelar la inscripción o cancelación de inscripción: es el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (cuando no es usted quien toma la decisión).

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y su estadía en el centro no se espera que exceda las 24 horas.

Centro de cuidados paliativos: un miembro al que le queden 6 meses de vida o menos tiene el derecho de elegir un centro de cuidados paliativos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos en su zona geográfica. Si usted elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, permanece como miembro de nuestro plan. Puede continuar recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos proporcionará tratamiento especial para su estado.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra a Medicare. En el capítulo 2, se explica cómo comunicarse con los CMS.

Cobertura de medicamentos con receta acreditable: es la cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que paga, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen esta cobertura cuando son elegibles para recibir los beneficios de Medicare por primera vez, pueden conservarla sin tener que pagar una penalización, si más tarde deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): es un seguro que ayuda a pagar por los medicamentos con receta, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros ambulatorios que no estén cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare.

Copago: es el monto que le corresponde pagar a usted del costo de los servicios o suministros médicos, como por ejemplo la visita médica, la atención hospitalaria como paciente ambulatorio o un medicamento con receta. El copago por lo general es un monto fijo en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, puede que le cobren \$10 o \$20 por la visita al médico o el medicamento con receta.

Coseguro: es el monto que usted tiene que pagar como la parte que le corresponde a usted del costo por los servicios o medicamentos con receta después de que paga cualquier deducible. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Costo compartido: hace referencia a los montos que el miembro debe pagar por los servicios o medicamentos recibidos. (Esto es además de la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) todo monto del deducible que un plan puede imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) todo monto de “copago” fijo que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) todo monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que requiere un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Se puede aplicar

una “tasa diaria de costo compartido” cuando el médico le receta menos del suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted está obligado a pagar un copago.

Costos de desembolso directo: consulte la definición de “costo compartido” mencionada anteriormente. El requisito de costo compartido del miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de costos de “desembolso directo” del miembro.

Cuidado de custodia: el cuidado de custodia es la atención personal que se brinda en un hogar para personas mayores, centro de cuidados paliativos u otro entorno de establecimiento cuando usted no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia es la atención personal que puede ser proporcionada por personas sin experiencia o capacitación profesional, para ayudarlo con las actividades cotidianas, como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse de la cama o una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir las atenciones relacionadas con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como colocarse las gotas para ojos. Medicare no paga el cuidado de custodia.

Deducible: es el monto que usted debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de cobertura: es la decisión sobre si un medicamento con receta está cubierto por el plan, y el monto, si lo hubiera, que usted debe pagar por el medicamento con receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, esto no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. El capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage realiza una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los servicios o artículos están cubiertos o cuánto debe pagar por los servicios o artículos cubiertos. En este folleto, las determinaciones de la organización se conocen como “decisiones de cobertura”. El capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona inexperta prudente y que tenga un conocimiento promedio de la salud y la medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, pérdida de una extremidad o pérdida de función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Equipo médico durable (DME): es un determinado equipo médico solicitado por el médico por motivos médicos. Algunos ejemplos incluyen: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones accionados, insumos para diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso domiciliario.

Establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (CORF): es un establecimiento que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y proporciona una variedad de servicios, entre los que se incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios para patologías del lenguaje y el habla, y servicios de evaluación del entorno domiciliario.

Estadía en el hospital como paciente hospitalizado: es la estadía en el hospital cuando se le ha internado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si se queda en el hospital de un día para otro, podría considerársele un “paciente ambulatorio”.

Etapa de cobertura catastrófica: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un bajo copago o coseguro por los medicamentos después de que usted u otras personas autorizadas en su nombre hayan gastado \$7,050 por medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos totales por medicamentos, incluidos los montos que haya pagado y lo que el plan ha pagado en su nombre, hayan llegado a \$4,430 en el año.

Evidencia de cobertura (EOC) e información de divulgación: es este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, cláusulas adicionales o de cobertura opcional seleccionados que explican la cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: es un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está incluido en el *Formulario de medicamentos* del patrocinador del plan (excepción al *Formulario de medicamentos*) o recibir un medicamento no preferido en el nivel inferior de costo compartido (excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador del plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el que está solicitando o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (excepción al *Formulario de medicamentos*).

Extra Help (Ayuda adicional): es el programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, tales como primas, deducibles y coseguros.

Facturación de saldos: es cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente un monto del costo compartido mayor al permitido por el plan. Como miembro de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), solo debe pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores “facturen saldos” ni le carguen más del monto del costo compartido que el plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia de la red es una farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos con receta. Las denominamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos solo si se adquieren en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: es una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Tal como se explica en esta *Evidencia de cobertura*, la mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Indicación medicamento aceptada: es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration) o está respaldado por ciertos manuales de referencia. Consulte la sección 3 del capítulo 5 para obtener más información acerca de una indicación medicamento aceptada.

Límite de cobertura inicial: es el límite máximo de cobertura dentro de la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: es una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados, por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden basarse en el monto de medicamento que cubrimos por receta o durante un período determinado.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos o “Lista de medicamentos”): es la lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos.

Medicaid (o Asistencia médica): es un programa conjunto federal y estatal que proporciona ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de la atención médica estarán cubiertos si reúne los requisitos para recibir los beneficios de Medicare y Medicaid. Consulte la sección 6 del capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Medicamento necesario: son los servicios, suministros y medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la buena práctica médica.

Medicamento de marca: es un medicamento con receta que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos se fabrican y venden por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya expirado.

Medicamento genérico: es el medicamento con receta que la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration) determina que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca y usualmente cuesta menos.

Medicamentos cubiertos: es el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte el *Formulario de medicamentos* para conocer la lista específica de medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D.

Medicare Original (“Medicare Tradicional” o Medicare “Fee-for-Service”): Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no es un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Con Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos por medio del pago de montos determinados por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde del monto aprobado por Medicare, y usted paga la parte que le corresponde a usted. Medicare Original consta de dos partes: Parte A (Seguro de hospitalización) y Parte B (Seguro médico) y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Medicare: es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, para algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal en fase terminal (por lo general, las personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden recibir su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original, un plan Medicare Cost, un plan PACE o un plan de Medicare Advantage.

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): es una persona que tiene Medicare y que es elegible para recibir los servicios cubiertos, cuya inscripción a nuestro plan está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, tal como aparece en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años es mayor que cierto monto, usted pagará un monto estándar de la prima además del monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA). El IRMAA es un cargo adicional añadido a su prima. Menos del 5% de las personas que tienen Medicare se ven afectadas, por lo cual la mayoría de las personas no pagará una prima mayor.

Monto máximo de desembolso directo: es la cantidad máxima que usted paga de desembolso directo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas del plan, las primas de la Parte A y Parte B de Medicare, y los medicamentos con receta no cuentan para calcular el monto máximo de desembolso directo. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de desembolso directo para llegar al monto máximo de desembolso directo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Nota: Como nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el máximo de

desembolso directo). Consulte la sección 1.3 del capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo de desembolso directo.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal que se encargan de controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Consulte la sección 4 del capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: Programa Voluntario de Beneficios de Medicamentos con Receta de Medicare. (Para facilidad de referencia, nos referiremos al Programa de Beneficios de Medicamentos con Receta como Parte D).

Penalización por inscripción tardía en la Parte D: es el monto que se agrega a la prima mensual de 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 con receta estándar de Medicare), durante un período ininterrumpido de 63 días o más luego de que se considere elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez. Usted pagará el monto más elevado mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Extra Help" (Ayuda adicional) de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos con receta, no pagará la penalización por inscripción tardía. Si pierde Extra Help (Ayuda adicional), es posible que se le aplique la penalización por inscripción tardía si hubiera permanecido sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días o más.

Período de beneficios: es la forma en que tanto nuestro plan y Medicare Original mide su uso de los servicios hospitalarios y del establecimiento de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que usted ingresa en un hospital o en un establecimiento de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando usted no ha recibido atención hospitalaria como paciente hospitalizado (o de enfermería especializada en un SNF) por 60 días consecutivos. Si lo ingresan en un hospital o en un establecimiento de enfermería especializada después de que se haya terminado un período de beneficios, comenzará un período nuevo. Debe pagar el deducible de servicios de hospitalización por cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage: es un tiempo determinado cada año en el que los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción al plan y cambiarse a otro plan de 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 separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage está disponible desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y también está disponible por un período de 3 meses luego de que una persona se considere elegible para obtener Medicare por primera vez.

Período inicial de inscripción: cuando usted es elegible para Medicare por primera vez, es el período en que puede inscribirse para la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65, incluye el mes en que cumple 65, y finaliza 3 meses después de que cumple 65.

Persona con doble elegibilidad: es una persona que califica para obtener cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): es un plan de Medicare Advantage que dispone de una red de proveedores contratados que acordaron atender a los miembros del plan por el pago de un monto específico. Un Plan PPO debe cubrir todos los beneficios, tanto si se reciben de parte de proveedores de la red y fuera de la red. Los costos compartidos de los miembros generalmente serán más elevados cuando se reciben los beneficios del plan por parte de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los costos de desembolso directo para los servicios recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre los costos de desembolso directo combinados totales por los servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y de la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye a todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, programas de demostración/pilotos y Programas de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE).

Plan institucional equivalente para necesidades especiales (Institutional Equivalent Special Needs Plan, SNP): es un plan institucional para necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que residen en la comunidad pero que requieren de un nivel de atención institucionalizada basada en la evaluación que realiza el estado. La evaluación se debe realizar con el uso de la misma herramienta respectiva de evaluación de nivel de atención del estado y ser administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan para necesidades especiales debe restringir la inscripción a las personas que residen en un establecimiento de vida asistida (Assisted Living Facility, ALF) contratado si es necesario para asegurar la prestación uniforme de atención especializada.

Plan institucional para necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP): es un plan para necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente por 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros de LTC pueden incluir un establecimiento de enfermería especializada (SNF); un establecimiento de enfermería (nursing facility); (SNF/NF); un establecimiento de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (intermediate care facility for the mentally retarded, ICF/IID); o un establecimiento psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Un plan institucional para necesidades especiales que presta servicios a los residentes de establecimientos de LTC de Medicare debe tener un acuerdo contractual con (o ser propietario y operar) los establecimientos de LTC específicos.

Plan Medicare Advantage (MA): también llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser una HMO, una PPO, un plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o una cuenta de ahorro médico Medicare (Medical Savings Account, MSA). Cuando usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos por medio del plan, y no son pagados por Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**. Todas las personas que tienen la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Plan Medicare Cost: un plan Medicare Cost es un plan operado por una organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) o plan médico competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos bajo la sección 1876(h) de la Ley.

Plan PACE: el plan del Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE) combina servicios de atención médica, social y a largo plazo (LTC) para personas débiles para ayudarlas a mantenerse independientes y que vivan en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar para personas mayores) en la medida de lo posible, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Plan para necesidades especiales: es un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más enfocada en grupos de personas específicos, por ejemplo, quienes tienen Medicare y Medicaid, quienes residen en un hogar para personas mayores o quienes tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Póliza “Medigap” (Seguro suplementario a Medicare): es un seguro suplementario a Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir “faltas” en Medicare Original. Las pólizas Medigap solamente funcionan con el plan de Medicare Original. (Un Plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Prima: es el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan de atención médica para la cobertura de salud o de los medicamentos con receta.

Programa de Descuento para Brecha de Cobertura de Medicare: es un programa que proporciona descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D a los miembros de la Parte D que han alcanzado la etapa de brecha de cobertura y que aún no reciben "Extra Help" (Ayuda adicional). Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos. Por este motivo, la mayoría de los medicamentos de marca tienen descuentos, aunque no todos.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Es el que se encarga de que reciba la atención necesaria para mantenerse sano. Su PCP también puede hablar

con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte la sección 2.1 del capítulo 3 para obtener información sobre los proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que se utiliza para denominar a médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y demás establecimientos de atención médica con licencia o certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro Plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red según el acuerdo que tenga con ellos o si dichos proveedores aceptan proporcionar servicios cubiertos por el plan. A los proveedores de la red también se les puede llamar “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o establecimiento fuera de la red: es un proveedor o establecimiento con quienes no hemos acordado coordinar ni proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen, no operan con nuestro plan ni tienen contrato para ofrecerle servicios cubiertos. El uso de los proveedores o establecimientos fuera de la red se explica en el capítulo 3 de este folleto.

Queja: el nombre formal para “realizar una queja” es “presentar una queja”. El proceso de quejas se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Consulte también “Queja” en esta lista de definiciones.

Reclamación: es un tipo de queja que usted realiza sobre nosotros o una de las farmacias, incluida una queja relacionada con la calidad de la atención. Este tipo de queja no involucra conflictos sobre la cobertura o el pago.

Seguridad de ingreso complementario (Supplemental Security Income, SSI): es un beneficio mensual pagado por el Seguro Social para personas discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años con recursos e ingresos limitados. Los beneficios del SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

Servicios cubiertos por Medicare: son los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluso nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y B de Medicare.

Servicios cubiertos: es el término general que usamos para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministros médicos cubiertos por nuestro plan.

Servicios de atención urgente y necesaria: los servicios de atención urgente y necesaria son aquellos que se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica no anticipada y que no es de emergencia, pero que requiere atención médica de inmediato. Los servicios de atención urgente y necesaria pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por

proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red estén temporalmente no disponibles o no accesibles.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios del Plan de Salud: es un departamento incluido en nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, los beneficios, las quejas y las apelaciones. Consulte el capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios del Plan de Salud.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte "Extra Help" (Ayuda adicional).

Tarifa de reparto: es la tarifa que se cobra cada vez que se entrega un medicamento cubierto, para pagar el costo de obtener un medicamento con receta. La tarifa de reparto cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar el medicamento con receta.

Tasa diaria de costo compartido: una "tasa diaria de costo compartido" se puede aplicar cuando el médico le prescribe menos suministro que el de un mes completo de ciertos medicamentos y usted está obligado a pagar un copago. La tasa diaria de costo compartido es el copago, dividido por la cantidad de días en el suministro de un mes. A continuación le proporcionamos un ejemplo: si el copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y un suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su "tasa diaria de costo compartido" es de \$1 por día. Esto significa que usted paga \$1 para el suministro de cada día al adquirir su medicamento con receta.

Terapia escalonada: es una herramienta de utilización que le exige probar primero otro medicamento para el tratamiento de una afección médica antes de cubrir el medicamento que su médico le recetó en primer lugar.

Servicios del Plan de Salud de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)

Método	Servicios del Plan de Salud: Información de contacto
LLAME AL	303-602-2111 o llamada gratuita: 1-877-956-2111 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Servicios del Plan de Salud también cuenta con servicios de intérpretes de idiomas gratuitos para las 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 siete días de la semana.
FAX	303-602-2138
ESCRIBA A	Denver Health Medical Plan, Inc., 777 Bannock St., MC6000, Denver, CO 80204
SITIO WEB	www.denverhealthmedicalplan.org

Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado (Colorado SHIP)

El Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-888-696-7213
ESCRIBA A	Department of Regulatory Agencies 1560 Broadway, Suite 850 Denver, CO 80202
SITIO WEB	www.dora.colorado.gov/

Declaración de divulgación de PRA: de acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha información muestre un número de control de la Oficina de Gestión y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba al siguiente domicilio: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.