ELEVATE MEDICARE ADVANTAGE
Denver Health Medical Plan

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de cobertura:

Beneficios y servicios médicos de Medicare, y la cobertura de medicamentos con receta como miembro de Elevate Medicare Select (HMO)

Este documento 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 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene dudas sobre el documento, comuníquese con 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 plan, Elevate Medicare Select (HMO), es ofrecido por Elevate Medicare Advantage de 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 Elevate Medicare Advantage. En los lugares en que se habla de "plan" o "nuestro plan", se hace referencia a Elevate Medicare Select [HMO]).

El presente documento está disponible sin costo en español. Este documento puede estar disponible en formatos alternativos, como braille, letras grandes u otros formatos alternativos.

Es posible que los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguros cambien el 1 de enero de 2024.

El *Formulario de medicamentos*, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a los inscritos afectados con al menos 30 días de anticipación.

En este documento se detallan los beneficios y derechos. Utilice este documento para conocer lo siguiente:

- la prima del plan y el costo compartido
- los beneficios de medicamentos con receta y médicos
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- cómo comunicarse con nosotros si necesita asistencia
- otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

H5608_002EOC23SP_C CMS Approved 09/29/2022

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

***Evidencia de cobertura* 2023**

Índice

CAPÍTULO 1: *Introducción para miembros*..... 5

SECCIÓN 1 Introducción 6
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? 7
SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá 8
SECCIÓN 4 Su costos mensuales de Elevate Medicare Select (HMO) 10
SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual.....13
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan 14
SECCIÓN 7 ¿Cómo funciona la cobertura si tiene otro seguro y nuestro plan? 15

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

SECCIÓN 1 Contactos de Elevate Medicare Select (HMO) (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios del Plan de Salud) 18
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....23
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (para obtener ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 24
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad 25
SECCIÓN 5 Seguro Social 26
SECCIÓN 6 Medicaid 27
SECCIÓN 7 Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta 28
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario.....31
SECCIÓN 9 ¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro de salud de un empleador? 31

CAPÍTULO 3: *Uso del plan para los servicios médicos* 33

SECCIÓN 1 Lo que debe saber para obtener atención médica como miembro de nuestro plan.....34
SECCIÓN 2 Uso de los proveedores de la red del plan para recibir atención médica 36
SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención, o durante una catástrofe 39
SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si se le factura directamente por el costo completo de los servicios?.....41
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando usted participa en un "estudio de investigación clínica"?.....42

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una "institución religiosa de atención médica sin carácter médico" 44
SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico durable 45

CAPÍTULO 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)* 47

SECCIÓN 1 Comprender los costos de desembolso directo de los servicios cubiertos 48
SECCIÓN 2 Use la *tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto pagará 50
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 96

CAPÍTULO 5: *Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D* 103

SECCIÓN 1 Introducción 104
SECCIÓN 2 Adquirir los medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan 104
SECCIÓN 3 Los medicamentos deben estar en la *"Lista de medicamentos*" del plan 107
SECCIÓN 4 Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos 110
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía? 112
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia? 115
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 117
SECCIÓN 8 Obtener un medicamento con receta 118
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 119
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de las medicaciones 121

CAPÍTULO 6: *Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D* 124

SECCIÓN 1 Introducción 125
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 128
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de los medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra usted 128
SECCIÓN 4 No hay deducible para Elevate Medicare Select (HMO) 130
SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte de los costos de medicamentos que le corresponde y usted paga la parte que le corresponde a usted 130
SECCIÓN 6 Costos en la etapa de brecha de cobertura 135

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos 135
SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las reciba 136

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*.... 138

SECCIÓN 1 Situaciones en las que usted debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde por los servicios o medicamentos cubiertos 139
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió....141
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y responderemos afirmativa o negativamente 142

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades* 143

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan 144
SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan....151

CAPÍTULO 9: *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 153

SECCIÓN 1 Introducción 154
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 155
SECCIÓN 3 Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe utilizar?....155
SECCIÓN 4 Una guía para los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones....156
SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura....159
SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación....168
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente hospitalizado prolongada si piensa que el médico le da el alta demasiado pronto....180
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que continuemos con la cobertura de ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza demasiado pronto....187
SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otras instancias....194
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente u otras inquietudes....197

CAPÍTULO 10: *Cancelación de su membresía en el plan* 201

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan 202
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 202
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....205
SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 205
SECCIÓN 5 Elevate Medicare Select (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....206

CAPÍTULO 11: *Avisos legales*..... 208

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente.....209
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación.....209
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 209
SECCIÓN 4 Aviso sobre la responsabilidad de terceros.....210
SECCIÓN 5 Declaración de no discriminación y requisito de accesibilidad.....212

CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes* 217

CAPÍTULO 1:
Introducción para miembros

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Elevate Medicare Select (HMO), un HMO de Medicare

Medicare le brinda cobertura y eligió Medicare para obtener cobertura de medicamentos con receta y de atención médica a través de nuestro plan, Elevate Medicare Select (HMO). Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores en este plan difieren de Medicare Original.

Elevate Medicare Select (HMO) es un plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa organización para el mantenimiento de la salud [Health Maintenance Organization]) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

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.

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

En este documento de *Evidencia de cobertura* se le informa cómo recibir la cobertura en la atención médica y los medicamentos con receta. Se explica cuáles son sus derechos y responsabilidades, lo que se cubre, lo que usted paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o un tratamiento.

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 Select (HMO).

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 revisar este documento 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.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte del contrato que tenemos con usted respecto de cómo Elevate Medicare Select (HMO) 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 Select (HMO) entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Elevate Medicare Select (HMO) después del 31 de diciembre de 2023. También podemos tomar la decisión de dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [Centers for Medicare & Medicaid Services]) debe aprobar el plan Elevate Medicare Select (HMO) cada año. 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 aprobarlo.

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:

- Cuenta con la Parte A y la Parte B de Medicare.
- *Además,* vive en nuestra área geográfica de servicios (en la sección 2.2, que se encuentra a continuación, se describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfico aunque se encuentren físicamente en ella.
- Es un ciudadano estadounidense o tiene presencia legal en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan Elevate Medicare Select (HMO)

Elevate Medicare Select (HMO) 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 Select (HMO) permite a los miembros que se mudan al condado de Arapahoe después de inscribirse continuar inscritos 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, no podrá permanecer como miembro del plan. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud para consultar si cuentan con un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un periodo 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 2.3 Ciudadano estadounidense o con presencia legal

Los miembros de un plan de salud de Medicare deben ser ciudadanos de EE. UU. 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 Select (HMO) si usted no es elegible para continuar como miembro según este requisito. Elevate Medicare Select (HMO) tiene la obligación de cancelar la inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar la tarjeta de membresía 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, si corresponde. La siguiente es una tarjeta de membresía como ejemplo para mostrarle el aspecto que tendrá la suya:

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 Select (HMO), 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 (ensayos clínicos) autorizados por Medicare.

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.

Sección 3.2 *Directorio de proveedores*

El *Directorio de proveedores* tiene una lista de 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.

Debe utilizar los proveedores de la red para recibir los servicios y la atención médica. Si va a otro lugar sin la autorización correspondiente, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de atención de urgencia cuando nuestra red no está disponible (es decir, cuando no es razonable o posible que reciba los servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que Elevate Medicare Select (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web: www.denverhealthmedicalplan.org.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a Servicios del Plan de Salud.

Sección 3.3 *Directorio de farmacias*

El *Directorio de farmacias* tiene una lista de 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. Puede usar el *Directorio de farmacias* para buscar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede acudir a farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene una copia del *Directorio de farmacias*, puede obtener una en Servicios del Plan de Salud. También puede buscar esta información en nuestro sitio web: denverhealthmedicalplan.org.

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

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos).* La denominamos "*Lista de medicamentos*" para abreviar. En ella se indica qué medicamentos con receta de la Parte D tienen la cobertura del beneficio de la Parte D incluido en Elevate Medicare Select (HMO). 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* de Elevate Medicare Select (HMO).

En la *Lista de medicamentos* también se 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.

SECCIÓN 4 Su costos mensuales de Elevate Medicare Select (HMO)

Los costos pueden incluir los siguientes:

- prima del plan (sección 4.1)
- prima mensual de la Parte B de Medicare (sección 4.2)
- penalización por inscripción tardía de la Parte D (sección 4.3)
- monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (sección 4.4)

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

Sección 4.1 Prima del plan

No paga una prima mensual del plan por separado para el plan Elevate Medicare Select (HMO).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

Sección 4.3 Penalización por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **penalización por inscripción tardía** de la Parte D. La penalización por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en cualquier momento, una vez finalizado el periodo de inscripción inicial, transcurre un plazo de 63 días o más consecutivos en los que no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. La "cobertura de medicamentos con receta acreditable" es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que paga la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. El costo de la penalización por inscripción tardía dependerá de la cantidad de meses en los que estuvo sin la Parte D u otra cobertura de

medicamentos con receta acreditable. Deberá pagar esta penalización siempre y cuando tenga la cobertura de la Parte D.

Le informamos el monto de la penalización cuando se inscribe por primera vez en Elevate Medicare Select (HMO).

No deberá pagarla si:

- Recibe "Extra Help" (Ayuda adicional) de Medicare para pagar los costos de los medicamentos con receta.
- Transcurrieron menos de 63 días consecutivos sin una cobertura acreditable.
- Tuvo una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un antiguo empleador, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos para Veteranos (Veterans Affairs). La aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le informarán cada año si la cobertura de medicamentos es acreditable. Esta información se puede enviar en una carta o incluir en un boletín del plan. Guarde la información, ya que es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

    - **Nota:** Se debe indicar en todos los avisos que tiene una cobertura de medicamentos con receta "acreditable" y que se espera que pague al menos lo mismo que paga el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.
    - **Nota:** Los siguientes *no* corresponden a una cobertura de medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento de medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos de medicamentos.

Medicare determina el monto de la penalización. A continuación, se describe cómo funciona:

- Si transcurrieron 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable después de que se volvió elegible para inscribirse en la Parte D por primera vez, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La penalización es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la penalización será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país a partir del año anterior. El monto promedio de la prima es $32.74 para el 2023.
- Para calcular la penalización mensual, multiplique el porcentaje de penalización y la prima mensual promedio y luego redondee a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% por $32.74, lo que equivale a $4.5836. Se redondea a $4.60. Se agregaría este monto **a la prima mensual de alguien con una penalización por inscripción tardía en la Parte D**.

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

- En primer lugar, **la penalización puede cambiar cada año** porque la prima mensual promedio puede cambiar.
- En segundo lugar, **continuará pagando una penalización** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y recibe los beneficios de Medicare, la penalización por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la penalización por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tiene cobertura después del periodo de inscripción inicial para la inscripción en Medicare.

Si no está de acuerdo con la penalización por inscripción tardía de la Parte D, usted o un representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de recibimiento de la primera carta en la que se indique que debe pagar una penalización por inscripción tardía. Sin embargo, si pagaba una penalización antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa penalización por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

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. El cargo adicional se calcula con los ingresos brutos modificados según se informó en la declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este ingreso supera cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que debe pagar en función de los ingresos, visite https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta para informarle cuál será el monto adicional. El monto adicional se retendrá del cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Retiro Ferroviario o la Oficina de Administración del Personal, sin importar la forma en que suele pagar la prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción al plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

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

SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual

Sección 5.1 Si paga una penalización por inscripción tardía de la Parte D, hay varias maneras de pagar la penalización

Hay tres maneras de pagar la penalización. Los miembros nuevos eligen el método de pago en los formularios de inscripción. Quienes ya son miembros pueden comunicarse con Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) para cambiar el modo en que pagan la penalización por inscripción tardía.

Opción 1: pago con cheque

Cada mes, envíe un cheque o giro postal a Denver Health Medical Plan junto con la factura que recibió por correo. No haga el cheque para los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) ni el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS). No podemos aceptar pagos en efectivo. Los pagos de la penalización por inscripción tardía 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.

Opción 2: pago con tarjeta de crédito o débito

Puede hacer que la penalización por inscripción tardía 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. Nos complacerá ayudarlo con este trámite.

Opción 3: deducir la penalización por inscripción tardía de la Parte D del cheque mensual del Seguro Social

Puede deducirse la penalización por inscripción tardía de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud para solicitar este método de pago.

Cambio en la forma en que paga la penalización por inscripción tardía de la Parte D.

Si cambia la manera en que paga la penalización por inscripción tardía de la Parte D, 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 penalización por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). Los miembros nuevos eligen el método de pago en los formularios de inscripción.

Qué hacer si tiene problemas para pagar la prima penalización por inscripción tardía de la Parte D

Si debe pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D, debe estar en nuestra oficina antes del último día del mes.

Si tiene problemas para pagar la penalización por inscripción tardía de la Parte D a tiempo, comuníquese con Servicios del Plan de Salud para consultar si podemos indicarle programas que le ofrecerán ayuda con los costos.

Sección 5.2 ¿Podemos modificar la prima mensual del plan durante el año?

No. No tenemos permitido cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo comunicaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una penalización por inscripción tardía, si la debe, o que tenga que comenzar a pagar una penalización por inscripción tardía. Esto podría suceder si es elegible para entrar en el programa "Extra Help" (Ayuda adicional) o si pierde la elegibilidad para formar parte del programa "Extra Help" (Ayuda adicional) durante el año:

- Si paga la penalización por inscripción tardía de la Parte D y es elegible para recibir "Extra Help" (Ayuda adicional) durante el año, es posible que deje de pagar la penalización.
- Si pierde "Extra Help" (Ayuda adicional), es posible que se le aplique la penalización por inscripción tardía si permanece sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días o más.

Puede obtener más información sobre el programa "Extra Help" (Ayuda adicional) en la sección 7 del capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan

Los registros de membresía contienen la información del formulario de inscripción, que incluye el domicilio y el número de teléfono. Allí 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 (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 se lo ingresó 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. (**Nota**: No debe informar al plan sobre los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si esta información se modifica de algún modo, comuníquelo a Servicios del Plan de Salud.

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

Otro seguro

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. A esto se lo llama **coordinación de beneficios**.

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 con atención. 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. Es posible que deba brindar 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.

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. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas afectan a la cobertura del 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 del 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 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, el 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, los planes de salud del grupo de empleador o Medigap.

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Elevate Medicare Select (HMO) (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios del Plan de Salud)

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 Select (HMO). Nos complacerá brindarle 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. del miembro), 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!: descargue la aplicación **MyDHMP** o visite www.denverhealthmedicalplan.org y seleccione “Inicio de sesión de miembros” para comenzar.

Estos son algunos de los beneficios que ofrece el portal:

- buscar el estado del reclamo
- ver los beneficios, la cobertura y los costos compartidos
- ver el estado de las autorizaciones previas
- buscar un proveedor de la red

- ver la tarjeta de id. del miembro y solicitar nuevas copias
- enviar un mensaje a su plan con preguntas de manera segura
- acceder y descargar materiales para miembros

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar que se tome una decisión de cobertura o una apelación sobre la 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 o 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 solicitar que tomemos decisiones de cobertura o apelaciones 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	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

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 los medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o de las farmacias o 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. 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	Atención médica: 303-602-2078 Parte D: 303-602-2081

Método	Quejas acerca de la atención médica y los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
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 Select (HMO) directo a Medicare. Para presentar una queja en Internet a Medicare, visite www.medicare.gov/my/medicare-complaint.

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

Si recibió una factura o pagó servicios (como una factura del proveedor) que cree que debemos pagar nosotros, es posible que necesite pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta 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.

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	303-602-2138
ESCRIBA A	Denver Health Medical Plan, Inc. PO Box 6300 Columbia, MD 21045
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 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).

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	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 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.
SITIO WEB	www.medicare.gov 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 documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. 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: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** Proporciona información de la condición de elegibilidad en Medicare.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB (continuación)	• **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 *estimación* de lo que podrían ser sus costos de desembolso directo en planes de Medicare diferentes. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Elevate Medicare Select (HMO): • **Dígale a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre Elevate Medicare Select (HMO) directo 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 mejorar la calidad del programa Medicare. 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. También puede llamar a Medicare y decirles qué información necesita. Ellos buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia 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 es un programa independiente (no relacionado con una compañía de seguros ni un plan de salud) estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar 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 pueden ayudarlo a comprender sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención médica o el tratamiento, y a solucionar problemas respecto de las facturas de Medicare. Los asesores del Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado también

pueden ayudarlo si tiene preguntas o problemas con Medicare, o ayudarlo a entender las opciones del plan de Medicare y responder a preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO DE ACCESO A SHIP Y A OTROS RECURSOS:

- Visite *www.medicare.gov*.
- Haga clic en **"Talk to Someone" (Hablar con alguien)** en el centro de la página de inicio.
- Ahora tiene las siguientes opciones:
  - Opción 1: Puede tener un **chat en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE.**
  - Opción 2: 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	Colorado Department of Regulatory Agencies 1560 Broadway, Suite 110 Denver, CO 80202
SITIO WEB	www.dora.colorado.gov

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

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 Medicare para comprobar y 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 centro 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	813-280-8256 o llamada gratuita: 888-317-0891 Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m., hora estándar del Pacífico. Fines de semana/días festivos de 11 a.m. a 3 p.m., hora estándar del Pacífico.
TTY	711
ESCRIBA A	KEPRO 5700 Lombardo Center Dr. Suite 100 Seven Hills, OH 44131
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 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 una reconsideración.

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. Está disponible de lunes a viernes, de 8 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. Está disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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. Algunas personas con Medicare también son elegibles para recibir los beneficios de Medicaid.

Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas. Estos "Programas de Ahorros de Medicare" incluyen los siguientes:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** 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+]).
- **Persona calificadora (Qualifying Individual, QI):** Permite pagar las primas de la Parte B.
- **Personas calificadas discapacitadas y empleadas (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Permite pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con Health First Colorado: Programa Medicaid de Colorado.

Método	Health First Colorado: Programa Medicaid de Colorado: información de contacto
LLAME AL	1-800-221-3943 Está disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4.30 p.m. El Centro de Contacto de Miembros se cierra para reuniones de personal el tercer jueves de cada mes de 2 p.m. a 3.30 p.m. y para todos los días festivos estatales.
TTY	711
ESCRIBA A	Health First Colorado – Colorado's Medicaid Program 1570 Grant St. Denver, CO 80203-1818
SITIO WEB	www.healthfirstcolorado.com

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

En el sitio web de Medicare.gov (https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) se detalla la información sobre cómo reducir los costos de medicamentos con receta. También hay otros programas para asistir a las personas con ingresos limitados que se describen a continuación.

Programa "Extra Help" (Ayuda adicional) de Medicare

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 cumplen con 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.

Si cumple con los requisitos de manera automática para recibir "Extra Help" (Ayuda adicional), Medicare le enviará una carta. No deberá solicitarla. Si no cumple con los requisitos de manera automática, es posible que pueda recibir "Extra Help" (Ayuda adicional) para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para consultar si cumple con los requisitos para recibir "Extra Help" (Ayuda adicional), llame:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- A la Oficina del Seguro Social (Social Security Office) al 1-800-772-1213, entre las 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
- A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (En la sección 6 de este capítulo encontrará la información de contacto).

Si considera que cumplió con los requisitos para recibir "Extra Help" (Ayuda adicional) y cree que paga 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 no sabe qué pruebas proporcionarnos, comuníquese con Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). Un ejemplo de pruebas puede ser una carta de Medicaid o de la oficina del Seguro Social que muestra que usted cumple con los requisitos para recibir "Extra Help" (Ayuda adicional).
- Cuando nosotros recibamos las pruebas que muestren 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.

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

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los EE. UU. ofrecen ayuda para pagar los medicamentos con receta, las primas del plan de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si usted está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (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 se encuentran en el *Formulario de medicamentos* de ADAP cumplen con 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. Si cambia de plan, notifique al trabajador de inscripción del ADAP local para continuar con la asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida de Colorado al 303-692-2716 (TTY 711).

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 (SDAP) de Colorado.

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 9 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

Elevate Medicare Select (HMO) ofrece una brecha de cobertura adicional para las insulinas selectas. Durante la etapa de brecha de cobertura, los costos de desembolso directo de las insulinas selectas serán de $9 o $35 para un suministro de un mes. Consulte la sección 6 del capítulo 6 para obtener información sobre la cobertura durante la etapa de brecha de cobertura. Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no cumplen con los requisitos para un programa que ayuda a pagar los medicamentos (“Extra Help” [Ayuda adicional]). Para saber qué medicamentos constituyen las insulinas selectas, consulte la *Lista de medicamentos*

más reciente que le enviamos por correo electrónico. Puede identificar las insulinas selectas al buscar "SI" en la sección de requisitos/límites de la *Lista de medicamentos*. Si tiene preguntas sobre la *Lista de medicamentos*, también puede llamar a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

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 recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les comunique si se muda o cambia su domicilio postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, póngase en contacto con el organismo.

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 *no* 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); también puede preguntar acerca del periodo de inscripción. (Los números de teléfono de Servicios del Plan de Salud están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare con este plan.

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 del plan para los servicios médicos

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

En este capítulo se 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, el equipo, los medicamentos con receta y otro tipo de atención médica cubierta por el plan.

Para obtener detalles acerca de qué tipo de atención médica cubre el plan y cuánto paga cuando obtiene la atención, consulte la tabla de beneficios que se encuentra en el próximo capítulo, 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"?

- 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.
- Los **"servicios cubiertos"** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se enumeran en la tabla de beneficios en el capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos con receta se analizan en el capítulo 5.

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

Como plan de salud de Medicare, Elevate Medicare Select (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las reglas de cobertura de Medicare Original.

Elevate Medicare Select (HMO) 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 documento).
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria**. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros, equipos 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 al respecto, 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 atención de emergencia o servicios de atención de urgencia. También existen algunos otros tipos de atención que puede obtener sin necesidad de obtener una aprobación previa de su PCP (para obtener más información al respecto, 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 3 de 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 estará cubierta. Esto significa que deberá pagar el total de los servicios que le preste el proveedor. *Estas son tres excepciones:*
  - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de atención de urgencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y para consultar qué significa emergencia o los servicios de atención de urgencia, consulte la sección 2 de este capítulo.
  - Si necesita atención médica, la cual Medicare exige a nuestro plan que cubra, pero no hay especialistas en la red que brinden dicha atención, puede obtenerla a través de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que suele pagar dentro de la red. Antes de solicitar atención se debe obtener una autorización previa. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera 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 recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible por el momento o no se puede acceder a él. El costo compartido que paga al plan por la diálisis nunca puede superar el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe el servicio de diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, el costo compartido no podrá superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si el proveedor habitual de diálisis de la red no está disponible de manera temporal y usted decide recibir los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, es probable que el costo compartido de la diálisis sea mayor.

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 médica

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

Un 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 los siguientes: los médicos de medicina interna, medicina familiar y geriatras, los enfermeros profesionales, los asistentes médicos y los ginecólogos.

Su PCP administra toda la 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 Elevate Medicare Advantage, 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 autorización adecuada, ni Medicare ni Elevate Medicare Advantage 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 y autorizaciones si es necesario.

En algunos casos, el PCP trabajará con el plan para conseguir que los servicios o las medicaciones que requieren autorización previa 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* y trate de reducir su búsqueda. Puede llamar a Servicios del Plan de Salud si necesita ayuda o necesita una copia impresa de nuestro *Directorio de proveedores.* (Los números de teléfono de Servicios del Plan de Salud están impresos en la contraportada de este documento).

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 la clínica o con nuestros Servicios del Plan de Salud.

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin una remisión 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 de mama, mamografías de detección (radiografías de las mamas), 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 de urgencia son servicios cubiertos que no son de emergencia y se prestan cuando los proveedores de la red no están disponibles o son inaccesibles temporalmente, o cuando el inscrito está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios.
- 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.
- Acceso a servicios terapéuticos y psiquiátricos de salud mental a través de la telesalud desde www.elevatemind.org.

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 de su PCP antes de consultar a un especialista del plan (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, es posible que tenga que pagar por los servicios. Si el especialista quiere que vuelva para recibir más atención, debe verificar la remisión que recibió de su PCP para garantizar que

cubra más de una visita al especialista. Su PCP trabajará con el plan para conseguir que la autorización previa para recibir los servicios del especialista se apruebe.

Ciertos servicios médicos requieren una autorización previa o aprobación previa del plan para asegurar que los servicios solicitados sean médicamente necesarios. Usted, su PCP o su representante designado pueden solicitar la autorización previa. 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, se puede rechazar la solicitud, 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 autorización previa, 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. Si su médico o especialista abandonan el plan, 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 esté recibiendo. Trabajaremos con usted para garantizar la continuidad de dicho tratamiento.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio con el costo compartido dentro de la red. Antes de solicitar atención se debe obtener una autorización previa.
- 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.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado que reemplace a su proveedor anterior o que no maneja su atención de manera adecuada, tiene derecho presentar una queja sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO), una queja de la calidad de atención al plan, o ambas opciones. Consulte el capítulo 9.

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 deben contactar a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) para obtener una autorización previa para esta atención antes de que se le presten los servicios.

El plan también pagará los servicios de proveedores fuera de la red en caso de emergencias o servicios de atención de urgencia que se obtengan fuera del área de servicio. Además, el plan 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 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 la salud y la medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), pérdida de una extremidad o pérdida de función de una extremidad, o la pérdida o problema grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora con rapidez.

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. No necesita acudir a un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios, y por parte de cualquier proveedor con una licencia estatal correspondiente, incluso si no es parte de nuestra red. Medicare no ofrece cobertura para la atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

¿Qué se cubre si tiene una emergencia médica?

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. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su afección es estable y si la emergencia médica ha concluido.

Una vez concluida la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúe estable. Los médicos continuarán con el tratamiento hasta que se comuniquen con nosotros y formulen planes de atención adicional. Nuestro plan cubrirá la atención de seguimiento.

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. Medicare no ofrece cobertura para la atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

¿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 de forma razonable 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 se considera como "servicios de atención de urgencia" 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 de urgencia"?

Un servicio de atención de urgencia es una situación que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata pero, dadas las circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de atención de urgencia que se presten fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de atención de urgencia son i) un dolor de garganta grave que ocurre durante el fin de semana o ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando se encuentra fuera del área de servicio de manera temporal.

Como miembro de Elevate Medicare Select (HMO), tiene cobertura en cualquier tipo de atención de urgencia en los EE. UU.

Nuestro plan no cubre los servicios de emergencia, los servicios de atención de urgencia, ni otros servicios de atención recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Obtener atención durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, la secretaria de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 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.

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 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.

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

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

Si pagó más que el costo compartido del plan 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 Si nuestro plan no cubre los servicios, debe pagar el costo completo

Elevate Medicare Select (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios enumerados en la tabla de beneficios médicos del capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no contaba con una autorización, usted es responsable del pago del costo completo de los servicios.

Para los servicios cubiertos con limitación de beneficio, usted también 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.

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 la eficacia de un medicamento nuevo contra el cáncer. Medicare aprueba ciertos estudios de investigación clínica. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio y usted muestre interés, una persona que trabaje en él se pondrá en contacto para explicarle en detalle en qué consiste el estudio y determinar si 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. Si nos informa que participa en un ensayo clínico calificado, solo será responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, tendrá que presentar la documentación que demuestre el importe que pagó. 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 se relaciona con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos lo informe u 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, lo alentamos a que nos avise con anticipación cuando elija participar en los ensayos clínicos calificados por Medicare.

Nuestro plan también cubre algunos estudios de investigación clínica. Deberemos aprobar su participación en dichos estudios. La participación en el estudio de investigación clínica también es voluntaria.

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

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, Medicare Original cubre 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

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por los servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos en Medicare Original y los costos compartidos dentro de la red 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. Sin embargo, debe presentar la documentación que demuestre el monto de los costos compartidos que pagó. Consulte el capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pagos.

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 usted pagaría el copago de $20 requerido por Medicare Original. A continuación, debería notificar a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentar la documentación, como la factura del proveedor, al plan. El plan le pagaría directamente $10. Por lo tanto, el pago neto es $10; es decir, es el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago por parte del plan, debe presentar la documentación, como la factura del proveedor, al plan.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará los artículos o servicios nuevos que se evalúen 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 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.

¿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 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 brinda atención para una afección que por lo general se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada 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. Este beneficio se ofrece solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios no médicos de atención).

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 recibir la cobertura de 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 contar con una certificación de Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.

- 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 centro de enfermería especializada.
  - *Además*, debe obtener aprobación previa de su plan antes de que se lo ingrese al establecimiento, de otra manera su estadía no se cubrirá.

Cuando se obtienen servicios de una institución religiosa sin carácter médico, se aplican los límites de cobertura servicios de hospitalización de Medicare. 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 (durable medical equipment, 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 alquilarse.

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 Select (HMO), 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, incluso si efectuó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME de Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. Llame a Servicios del Plan de Salud para obtener más información.

¿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 realizados mientras está inscrito en el plan no cuentan.

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

Ejemplo 2: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Usted se encontraba en nuestro plan pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego vuelve a Medicare Original. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para ser propietario del artículo una vez que se vuelva a inscribir en Medicare Original. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para el equipo de oxígeno, los suministros y el mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si cumple con los requisitos para obtener la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, Elevate Medicare Select (HMO) cubrirá lo siguiente:

- 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 Select (HMO) o ya no necesita un equipo de oxígeno desde el punto de vista médico, se devolverá el equipo de oxígeno.

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

En Medicare Original se requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el prestador se encarga del equipo y del mantenimiento (usted aún es responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede elegir quedarse con la misma compañía o ir a otra. En este momento, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar, incluso si se queda con la misma compañía, lo que requiere que efectúe copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

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

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

En este capítulo se encuentra una tabla de beneficios médicos en la que se enumeran los servicios cubiertos e indican cuánto deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Elevate Medicare Select (HMO). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites sobre ciertos servicios.

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

Para comprender la información sobre los pagos que se brinda en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de desembolso directo que tal vez deba pagar por los servicios cubiertos.

- 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).

La mayoría de las personas que cumplen con los requisitos para obtener Medicaid o que participan del programa beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrar la prueba de elegibilidad de Medicaid o QMB al proveedor, si corresponde.

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

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en el monto total de desembolso directo que debe pagar cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos conforme a la Parte A y la Parte B de Medicare. Dicho límite se llama monto de máximo de desembolso directo (maximum out-of-pocket, MOOP) para los servicios médicos. Para el año calendario 2023, este monto es $4,700.

Los montos que paga por los copagos y el coseguro de los servicios cubiertos dentro de la red cuentan a favor del monto máximo de desembolso directo. Los montos que paga 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 $4,700, ya no pagará más costos de desembolso directo durante el resto del año en lo que respecta a los servicios cubiertos dentro de

la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, 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).

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

Como miembro de Elevate Medicare Select (HMO), una protección importante para usted es que solo debe pagar el monto del costo compartido cuando recibe los servicios cubiertos por su plan. Es posible que los proveedores no agreguen cargos adicionales por separado, denominados "facturación de saldos". Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

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 en Medicare, usted deberá pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare a los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones; por ejemplo, cuando obtiene una autorización previa, si surge una emergencia o necesita servicios de atención de urgencia).
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, deberá pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare a los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones; por ejemplo, cuando obtiene una autorización previa, si surge una emergencia o necesita servicios de atención de urgencia).
- Si considera que un proveedor le "ha facturado cargos adicionales", llame a Servicios del Plan de Salud.

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

En la tabla de beneficios médicos que se encuentra en las páginas siguientes se enumeran los servicios que cubre Elevate Medicare Select (HMO) y lo que usted paga de desembolso directo por cada servicio. La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el capítulo 5. 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.
- Los servicios (incluida la atención médica, los servicios, los insumos, el equipo y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe la 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 se cubrirá a menos que sea urgente/de emergencia, o tenga autorización aprobada. Esto significa que deberá pagar el total de los servicios que le preste el proveedor.
- 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 se marcan en la tabla de beneficios médicos con un *.
- 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 †.

Otros aspectos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, paga *más* en nuestro plan que en Medicare Original. Para otros, paga *menos*. (Si desea recibir más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, busque en su manual *Medicare y usted 2023*. 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 dicha afección médica existente.
- Si Medicare agrega la cobertura para un nuevo servicio durante el año 2023, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Información importante sobre los beneficios para los inscritos con afecciones crónicas.
    - Debido a que Elevate Medicare Select (HMO) participa en beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas, la elegibilidad depende del diagnóstico de uno o más de los siguientes (para obtener más información, consulte los "Beneficios especiales y complementarios para personas con enfermedades crónicas" en la siguiente tabla):
        - alcoholismo crónico y otra dependencia de drogas
        - trastornos autoinmunes
        - cáncer
        - trastornos cardiovasculares
        - insuficiencia cardíaca crónica
        - demencia
        - diabetes
        - enfermedad hepática en fase terminal
        - enfermedad renal en fase terminal (ESRD)
        - trastornos hematológicos graves
        - VIH/sida
        - trastornos pulmonares crónicos
        - afecciones de salud mental crónicas y discapacitantes
        - trastornos neurológicos
        - derrame cerebral
    - Calificaciones:
        - Debe certificar que padece una de las afecciones crónicas mencionadas con anterioridad **(solo para el beneficio de la tarjeta de compras)**.
        - Debe haber tenido una visita al especialista o a un PCP con un CIE correspondiente a una de las afecciones enumeradas con anterioridad aplicables que se observan en cualquiera de las posiciones del código de diagnóstico (DX) del reclamo dentro de los últimos 12 meses **(solo para el beneficio del tensiómetro)**.
        - Debe estar inscrito en el Programa de Control de la Presión Arterial a través de la gestión de la atención de DHMP **(solo para el beneficio del tensiómetro)**.

- Para saber con exactitud para qué beneficios puede ser elegible, comuníquese con Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).

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

Tabla de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Evaluación de detección de aneurisma aórtico abdominal 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para recibir esta evaluación de detección preventiva.

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Acupuntura para el dolor lumbar crónico 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: • 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. 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: • 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 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.	20 % del costo total por los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare para el dolor lumbar crónico

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Servicios de ambulancia • 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 prestar la atención 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 que no es 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.	$250 de copago para los servicios de ambulancia terrestre y aérea cubiertos por Medicare. Si lo ingresan al hospital, usted paga $0 por los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare. † Se requiere autorización previa para los servicios cubiertos por Medicare que no sean de emergencia y los servicios de ambulancia aérea.
Visita de bienestar anual Si tiene la Parte B por más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual para elaborar 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 que se cubran las visitas de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para las visitas de bienestar anuales.

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Densitometría ósea Para las personas que cumplan con los requisitos (por lo general, las que están en riesgo de perder masa ósea o de sufrir osteoporosis), los siguientes servicios se cubrirán 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: • 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 mamas una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
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 por lo general son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	$0 de copago por cada visita de rehabilitación cardíaca e intensiva 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, el médico puede hablarle sobre el consumo de la aspirina (si es adecuado), revisar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que coma bien.	No hay coseguro, copago ni deducible para recibir el beneficio preventivo de la enfermedad cardiovascular con terapia del comportamiento intensiva.

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Cubrimos análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares (o anormalidades 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: • Para todas las mujeres: Los exámenes de Papanicolaou y los exámenes pélvicos se cubren 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 ni los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.	$10 de copago por cada visita al quiropráctico cubierta por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Evaluación de detección de cáncer colorrectal Se cubren los siguientes servicios para personas mayores de 50 años: • sigmoidoscopía flexible (o evaluación de detección con enema de bario como alternativa) cada 48 meses Se cubre una de las siguientes pruebas cada 12 meses: • 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: • colonoscopía 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: • colonoscopía de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopía	No hay coseguro, copago ni deducible para recibir una evaluación de detección de cáncer colorrectal, un enema de bario o un examen de recto digital cubierto por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Servicios dentales† En general, Medicare Original no cubre los servicios dentales preventivos (tales como la limpieza, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales). Cubrimos servicios dentales limitados, sujetos a las limitaciones y exclusiones, y a las políticas de procesamiento de Delta Dental. Todos los reclamos (excepto por los servicios preventivos y de diagnóstico) están sujetos a una revisión realizada por el consultor dental: **Diagnóstico y preventivo†:** • Limpiezas (hasta 2 por año calendario). • Radiografías periapicales (hasta 4 por año calendario). • Radiografías de mordida (un conjunto de cuatro por año calendario). • Radiografías panorámicas o de boca completa (una vez cada 36 meses). • Exámenes orales seleccionados (hasta 2 exámenes por año calendario). • Tratamiento de flúor (un tratamiento por año calendario). Servicios de diagnóstico (hasta 2 cada año calendario). Empastes (hasta 2 servicios por año calendario). • Los empastes compuestos posteriores se pagarán al nivel del empaste de amalgama. • Los empastes múltiples en una superficie se pagarán como un único empaste. El reemplazo de un empaste de amalgama existente se permite si transcurrieron al menos 12 meses desde que se colocó. Periodoncia (una cada dos años). Extracciones (ilimitadas).	$0 de copago para el servicio dental cubierto por Medicare. Se restringe para la red PPO de Medicare. Sin cobertura: fuera de la red (out of network, OON). Beneficio máximo anual de $2,000 para los servicios dentales preventivos e integrales. Esto significa que una vez que el plan haya pagado $2,000 en servicios dentales cubiertos, Elevate Medicare Select (HMO) no pagará ningún servicio dental adicional en el año.

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Membresía para los centros de Denver Parks and Recreation Ofrecemos una membresía anual a los centros de Denver Parks and Recreation. Para inscribirse, lleve su tarjeta de id. de Elevate Medicare Select (HMO) y una identificación con foto válida al centro de recreación de su elección. **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.	$0
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 se podrían cubrir 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.

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Capacitación para el automanejo de la diabetes, suministros y servicios para la diabetes† Para todas las personas con diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • 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. o Los suministros de prueba para diabéticos de Trividia Health y el sistema de control continuo de glucosa Freestyle Libre no requieren autorización previa. 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, se cubre la capacitación para el automanejo de la diabetes.	$0 de copago para las evaluaciones de detección, la capacitación para el automanejo de la diabetes, los insumos para el control de la diabetes, y los zapatos y las plantillas terapéuticas cubiertos por Medicare † No hay límites para los fabricantes de insumos o servicios para la diabetes siempre y cuando se apruebe la autorización previa.

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**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 y la sección 7 del capítulo 3 de este documento). 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 cubra 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.	20% del costo total por 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 mayor. † Se requiere autorización previa para todos los alquileres de DME. Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es el 20% del costo total cada período de beneficios (los primeros 36 meses de cada 5 años). Si antes de inscribirse en Elevate Medicare Select (HMO) había realizado pagos de alquiler por 36 meses para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en Elevate Medicare Select (HMO) es del 20% del costo total.

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • 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 (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), 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 con rapidez. El costo compartido para los servicios de emergencia proporcionados fuera de la red es el mismo que se cobraría si dichos servicios se proporcionaran dentro de la red. **La atención de emergencia no se cubre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.**	$110 de copago por cada visita a la sala de emergencias cubierta 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 estabilice su afección de emergencia, es posible que deba regresar a un hospital de la red para continuar con la cobertura de su atención, o bien, debe recibir la atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red con autorización del plan. El costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Programas educativos sobre el bienestar y la salud Los servicios de educación sobre la salud se ofrecen en línea y se diseñaron para respaldar los resultados de salud mediante información e intervenciones, e incluye materiales por escrito, videos y evaluaciones. 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
Servicios de audición Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención ambulatoria cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. • hasta un examen de audición de rutina complementario cada tres años • hasta $1,500 para audífonos complementarios (ambos oídos combinados) cada tres años • hasta un número ilimitado de visitas	$0 de copago para exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare y un examen de audición de rutina cada 3 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 lo siguiente: • una evaluación de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • 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 cubiertas por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Atención por parte de una agencia de atención médica a domicilio*† 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. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • servicios de asistente de salud a domicilio y de enfermería especializada de tiempo parcial o intermitente (para que se cubran 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	$0 de copago para la atención médica a domicilio cubierta por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**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: • 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 domiciliaria suministrados por un prestador de terapia de infusión domiciliaria calificado	20% del costo total de la terapia de infusión domiciliaria cubierta por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Cuidados paliativos 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 la enfermedad sigue en su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos en los que la organización de Medicare Advantage (MA) posee, controla o tiene intereses financieros. 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: • medicamentos para el control de síntomas y el alivio del dolor • atención de relevo de corto plazo • atención a domicilio Cuando se lo ingresa a un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en el plan; si opta por esta opción, debe pagar las primas. Para los servicios del centro de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará al proveedor del centro de cuidados paliativos por los servicios del centro de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B 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. Se le facturarán los costos compartidos de Medicare Original.	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, a 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 Select (HMO). $0 de copago para los servicios de consulta del centro de cuidados paliativos de Medicare (por única vez)

Cuidados paliativos (continuación)

Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare no relacionados con su pronóstico terminal: si necesita servicios que no sean de emergencia, que no sean urgentes y que tengan la cobertura de la Parte A o B de Medicare y no se relacionen con su pronóstico terminal, el costo por estos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si se debe obtener autorización previa).

- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga 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).

Para los servicios que están cubiertos por Elevate Medicare Select (HMO) pero no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Elevate Medicare Select (HMO) continuará con la cobertura de los servicios cubiertos por el 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.

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: si estos medicamentos no se relacionan con la afección terminal del centro de cuidados paliativos, paga el costo compartido. Si se relacionan con la afección terminal del centro de cuidados paliativos, pagar el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca reciben la cobertura del centro de cuidados paliativos y de nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la sección 9.4 del capítulo 5 (*¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?)*.

Nota: Si necesita atención que no son cuidados paliativos (atención que no se relaciona con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.

Nuestro plan cubre los servicios de consulta del centro de cuidados paliativos (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no eligió el beneficio del centro de cuidados paliativos.

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen lo siguiente: • 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. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • 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 radiológicos • insumos médicos y quirúrgicos necesarios • uso de aparatos, como las sillas de ruedas	90 días por período de beneficios • días 1 a 5: $325 de copago por día por cada período de beneficios • días 6 a 90: $0 de copago por día por cada período de beneficios • días 91 a 150: $778 de copago por día por cada “día de reserva de por vida” (hasta 60 días en el transcurso de su vida) • luego de los días de reserva de por vida: Todos los costos

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Atención hospitalaria como paciente hospitalizado*† (continuación) • 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 • En ciertas circunstancias, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: 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; 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 optar por recibir los servicios de trasplante localmente, siempre y cuando los proveedores estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Elevate Medicare Select (HMO) 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 con autorización previa. • 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 se cubren a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios del médico.	Los copagos por los beneficios en un centro 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 se lo ingresa 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 hay límite para la cantidad de períodos de beneficios. Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que se lo ingresará al hospital.

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Atención hospitalaria como paciente hospitalizado*† (continuación) **Nota:** Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarlo de manera formal 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. 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/sites/default/files/2021-10/11435-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.	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.
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico*† Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren estadía en el hospital. El plan cubre hasta 190 días de atención como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico en toda su vida. 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 los servicios hospitalarios como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico proporcionados en un hospital general.	• días 1 a 5: $325 de copago por día por cada período de beneficios • días 6 a 90: $0 de copago por día por cada período de beneficios • días 91 a 150: $778 de copago por día por cada "día de reserva de por vida" (hasta 60 días en el transcurso de su vida) • luego de los días de reserva de por vida: Todos los costos

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico*† (continuación) Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que se lo ingresará al hospital.	Los copagos por los beneficios en un centro 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 se lo ingresa 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 hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Estadía en el hospital: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente hospitalizado en el hospital no cubierta*† 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 centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • 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 • 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 cambios en el estado físico del paciente • terapia física, ocupacional y del habla	Cuando su estadía ya no se cubra, estos servicios estarán cubiertos de la manera en que se describe en la tabla de beneficios.

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
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 el médico lo remita. 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.
Programa de Medicare para la Prevención de Diabetes (MDPP) Se cubrirán los servicios del Programa de Medicare para la Prevención de Diabetes (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) 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.

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare† La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • 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 quirúrgico ambulatorio • 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 • ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos • ciertos medicamentos para diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis • inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria El siguiente enlace lo llevará al sitio web del plan, donde puede encontrar una *Lista de medicamentos* de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: www.denverhealthmedicalplan.org. También cubrimos algunas vacunas conforme al beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y de la Parte D. En el capítulo 5 se 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.	20% del costo total de los medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B † Solo se requiere autorización para medicamentos de la Parte B no preferidos.

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Evaluación de detección de obesidad y terapia para promover una pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento se cubre 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para la evaluación de detección de obesidad y terapia preventivas.
Servicios del Programa de Tratamiento de Opioides* Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios: • 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	No hay coseguro, copago ni deducible para recibir los servicios del Programa de Tratamiento de Opioides.
Otros profesionales de atención médica (p. ej., enfermero profesional, asistente médico)	$35 de copago por cada visita cubierta por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios* Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • 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 se cubren a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios.	$35 de copago para las radiografías ambulatorias realizadas en un consultorio cubiertas por Medicare $15 de copago para las radiografías ambulatorias realizadas en un centro ambulatorio cubiertas por Medicare $35 de copago para los servicios radiológicos terapéuticos ambulatorios realizados en un consultorio cubiertos por Medicare $60 de copago para los servicios radiológicos terapéuticos ambulatorios realizados en un centro ambulatorio cubiertos por Medicare $35 de copago para los servicios radiológicos de diagnóstico ambulatorios realizados en un consultorio cubiertos por Medicare $135 de copago para los servicios radiológicos de diagnóstico ambulatorios realizados en un centro ambulatorio cubiertos por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios* (continuación)	20% del costo total de los insumos médicos cubiertos por Medicare $0 de copago para los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare 20% del costo total de los servicios de sangre cubiertos por Medicare $0 de copago para las pruebas de diagnóstico y los servicios de procedimientos cubiertos por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios* Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se proporcionan para determinar si se lo debe ingresar como paciente hospitalizado o se lo puede dar de alta. Para que se cubran los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, deben cumplir los criterios de Medicare y se los debe considerar razonables y necesarios. Los servicios de observación solo se cubren 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. **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 considerárselo un "paciente ambulatorio". Si no sabe con certeza si se lo considera paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. 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/sites/default/files/2021-10/11435-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.	$235 de copago por día para los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*	
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. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • servicios en un departamento de emergencias o una 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 radiológicos facturados por el hospital • insumos médicos, como férulas y yesos • ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse **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 considerárselo un "paciente ambulatorio". Si no sabe con certeza si se lo considera paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. 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/sites/default/files/2021-10/11435-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.	\$0 de copago para una colonoscopía/endoscopía \$150 de copago para otros servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare \$0 de copago para los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**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 de copago por cada visita de terapia grupal o individual cubierta por Medicare
Servicios de rehabilitación ambulatoria*† Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: 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 de copago por cada visita cardíaca a un CORF cubierta por Medicare $20 de copago por cada visita pulmonar a un CORF cubierta por Medicare $10 de copago por cada visita de terapia física y terapia del habla cubierta por Medicare $35 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare † Se requiere autorización a partir de la 31.ª visita de terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional.

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
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 cubra 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 de copago por cada visita de tratamiento ambulatorio de abuso de sustancias en persona o grupal cubierta por Medicare
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios 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 considerárselo un "paciente ambulatorio".	$0 de copago para una colonoscopía/endoscopía $175 de copago para otros servicios de cirugía ambulatoria en centros quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare $235 de copago para otros servicios de cirugía ambulatoria en centros hospitalarios ambulatorios cubiertos por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Envíos por correo de venta libre (OTC) Usted es elegible para obtener una asignación trimestral de $75 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). La asignación trimestral no utilizada no se transferirá al siguiente trimestre.	Hasta $75 por trimestre. La parte no utilizada no se traslada al próximo trimestre. Se cubre la terapia de reemplazo de nicotina (Nicotine Replacement Therapy, NRT).
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.	$55 de copago por día para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**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: • 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. • Ciertos servicios de telesalud (por ejemplo, la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional). o Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si opta por recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que preste el servicio por telesalud. o Las visitas telefónicas, electrónicas y por video son un beneficio cubierto para los proveedores contratados y para los proveedores de salud mental contratados. • 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.	$0 de copago por cada visita al consultorio del proveedor/médico de atención primaria cubierta por Medicare * $25 de copago por cada visita de servicios del especialista médico cubierta por Medicare * $35 de copago para cualquier otra visita u otro procedimiento de servicios médicos cubiertos por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico* (continuación) • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de los trastornos de salud mental si: o Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses previos a la primera visita de telesalud. o Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe los servicios de telesalud. o Se pueden realizar excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias. • Servicios de telesalud para las visitas de salud mental brindadas por Rural Health Clinics (Clínicas de Salud Rurales) y Federally Qualified Health Centers (Centros de Salud Calificados a Nivel Federal). • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico de 5 a 10 minutos **si:** o No es un nuevo paciente**.** o El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días**.** o 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**: o No es un nuevo paciente**.** o La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días**.** o 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 que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Servicios de podología* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • 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	$35 de copago por cada visita de podología cubierta por Medicare $35 de copago por cada visita de atención del pie diabético cubierta por Medicare
Evaluación de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años de edad y mayores, los servicios cubiertos incluyen los siguientes (una vez cada 12 meses): • 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.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados† Son los 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 mama (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.	20% del costo total por los suministros y dispositivos protésicos cubiertos por Medicare † Se requiere autorización previa para todos los DME y las prótesis con un precio de compra de $500 o mayor.

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Servicios de rehabilitación pulmonar* Se cubren los programas integrales de rehabilitación pulmonar para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (obstructive pulmonary disease, EPOC) moderada o grave y también se cubre una remisión para la rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	$20 de copago por 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 evaluación de detección y el asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) para la detección de cáncer de pulmón Las personas que califican para este beneficio, tienen una tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT) cubierta cada 12 meses. **Los miembros elegibles son los siguientes:** las personas de 50 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de fumar al menos 20 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. Un médico o por un profesional calificado que no sea un médico deben brindar la orden. *Para las LDCT para las evaluaciones de detección de cáncer de pulmón después de la LDCT inicial*: los miembros deben 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas ni para la LDCT cubiertas por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**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. Se cubren estas evaluaciones de detección 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 que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Servicios para tratar enfermedades renales* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • 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, o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o es inaccesible de manera temporal). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo admiten como paciente hospitalizado en un hospital para atención especial). • 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 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".	\$0 de copago por los servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare 20% del costo total de los servicios de diálisis renal cubiertos por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Atención en un establecimiento de enfermería especializada (SNF)* (Para ver la definición de "atención en un centro de enfermería especializada", consulte el capítulo 12 de este documento. Los establecimientos de enfermería especializada se los denomina "SNF"). El plan cubre 100 días por período de beneficios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • 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 presentes en el cuerpo de forma natural, 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 recibir sangre donada por usted u otra persona. Todos los demás componentes sanguíneos se cubren a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que comúnmente proporcionan los SNF. • Pruebas de laboratorio que comúnmente proporcionan los SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos que comúnmente proporcionan los SNF. • Uso de aparatos como sillas de ruedas que comúnmente proporcionan los SNF. • Servicios de un médico/profesional.	• días 1 a 20: $0 de copago por día por cada período de beneficios • días 21 a 44: $188 de copago por día por cada período de beneficios • días 45 a 100: $0 de copago por día por cada período de beneficios • día 101 en adelante: Todos los costos No se requiere autorización previa para los establecimientos de la red. Los copagos por los beneficios en un centro 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 se lo ingresa como paciente hospitalizado y termina cuando no haya recibido atención alguna como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) por 60 días consecutivos.

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Atención en un establecimiento de enfermería especializada (SNF)* (continuación) Por lo general, le brindarán atención de SNF en los establecimientos de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones descritas más abajo, quizá pueda pagar el costo compartido dentro de la red en un establecimiento que no sea un proveedor de la red, si el establecimiento acepta los montos de nuestro plan para el pago. • 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 centro de enfermería especializada) • un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted abandona el hospital	Si se lo ingresa en un hospital o SNF después de que se haya terminado un período de beneficios, comenzará un período nuevo. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios. 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.
Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene señales o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos asesoramientos para que intente dejar de fumar en un periodo de 12 meses como un servicio preventivo sin ningún costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona. Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco, o toma algún medicamento que podría verse afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos asesoramientos para que intente dejar de fumar en un periodo de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.	No hay coseguro, copago ni deducible para recibir los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos† Si le diagnostican una o más de las enfermedades crónicas enumeradas en la sección 2.1 del capítulo 4, es elegible para recibir una tarjeta de Elevate Healthy Food para comprar alimentos saludables. El plan debe brindar la tarjeta. El plan no le reembolsará si usted la compra. La asignación está disponible cada trimestre a partir de enero, abril, julio y octubre. La asignación trimestral no utilizada no se transferirá. No hay reembolsos. Si le diagnostican una o más de las enfermedades crónicas enumeradas en la sección 2.1 del capítulo 4 y se inscribe en el Programa Control de la Presión Arterial, es elegible para recibir un tensiómetro. El plan brindará el tensiómetro. El plan no le reembolsará si usted lo compra.	Tarjeta de Elevate Healthy Food: $75 de asignación por trimestre para comprar alimentos saludables con tarjeta prepaga en comercios minoristas participantes por miembro calificado Un tensiómetro de hasta $135 (de por vida) por miembro calificado

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Terapia de ejercicio supervisada (SET)* La terapia de ejercicio supervisada (supervised exercise therapy, SET) se cubre 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 periodo de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: • consistir en sesiones de 30 a 60 minutos, que comprenden un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para EAP en pacientes que padecen claudicación • llevarse a cabo en un entorno hospitalario ambulatorio o en un consultorio médico • administrarse en manos del 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 apoyo vital La SET puede cubrirse más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas durante 36 sesiones adicionales durante un periodo extendido si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	$20 de copago por cada visita de SET 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 por el plan. 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 que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Servicios de atención de urgencia Los servicios de atención de urgencia son aquellos que se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica no anticipada y que no es de emergencia si bien requiere atención médica de inmediato pero que, dadas las circunstancias, no es posible o razonable obtener los servicios de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de atención de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son: i) usted necesita atención inmediata durante el fin de semana, o ii) se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener la atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de atención de urgencia de un proveedor fuera de la red. **La atención urgente y necesaria no se cubre fuera de los Estados Unidos.**	$40 de copago por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare Si lo ingresan al hospital dentro de los 3 días siguientes, usted paga $0 por la visita de atención de urgencia.

Servicios que están cubiertos para usted * Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Atención de la visión Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • 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 (refracciones oculares) 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).	$0 de copago para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones visuales cubiertos por Medicare, incluida una prueba de detección de glaucoma por año para las personas en riesgo $0 de copago por hasta un examen ocular de rutina cada año hasta $200 para lentes de contacto o 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" solo 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 ni deducible para la visita preventiva "Bienvenido a Medicare".

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

En esta sección se informa qué servicios están "excluidos" de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no tienen la cobertura de este plan.

En la tabla a continuación se enumeran servicios y artículos que no se cubren bajo ninguna circunstancia, o que se cubren solo bajo circunstancias específicas.

Deberá pagar los servicios excluidos (no cubiertos) que reciba, excepto en las condiciones específicas indicadas a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos siguen sin contar con cobertura y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y se decide sobre la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la sección 5.3 del capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en circunstancias específicas
Acupuntura		Está disponible para personas con dolor lumbar crónico en ciertas circunstancias.
Procedimientos cosméticos o cirugía plástica		• Se cubren en casos de lesión por accidente o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo que tenga una malformación. • Se cubren todas las etapas de reconstrucción de la mama después de una mastectomía y también de la mama no afectada a fin de producir una apariencia simétrica.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en circunstancias específicas
Cuidado de custodia 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.	✓	
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicaciones Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos determinados por Medicare Original como no aceptados generalmente por la comunidad médica.		Medicare Original los puede cubrir bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Para obtener más información sobre estudios de investigación clínica, consulte la sección 5 del capítulo 3).
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	✓	
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)	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en circunstancias específicas
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.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de soporte para los pies		Abarca los zapatos que son parte de un soporte ortopédico para pierna y se incluyen en el costo del soporte. Se cubren zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión	✓	
Habitación privada en un hospital		Se cubre solo cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y suministros de medicamentos anticonceptivos sin receta	✓	
Atención quiropráctica de rutina		Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas		✓
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras herramientas para tratar problemas de la disminución de la visión	✓	
Atención de rutina de los pies		Se proporciona cobertura limitada, conforme a las pautas de Medicare (p. ej., si tiene diabetes).
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original	✓	

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 documento).

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 se cubren 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) Omitido intencionalmente.
h) El monto cubierto por un servicio cubierto iniciado pero no completado se limitará al monto determinado por Delta Dental.
i) 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.
j) Los servicios relacionados con otra categoría de servicios cubiertos pueden estar cubiertos en el mismo porcentaje que la categoría relacionada de servicios cubiertos.
k) 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.
l) Los servicios cubiertos no se compensarán cuando los brinde una agencia federal o estatal.
m) No se compensarán los servicios cubiertos sin costo por una ciudad, un condado u otra subdivisión política.

n) 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.
o) 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 periodo de espera aplicable.
p) 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.
q) 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.
r) 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.
s) No se compensarán los servicios cubiertos para tratar la estructura dental perdida por erosión, desgaste, abrasión o abfracción.
t) No se compensarán los servicios cubiertos cuando se presten como resultado de una alineación, oclusión o contorno inadecuados.
u) No se compensarán los servicios cubiertos relacionados con la estabilización periodontal de los dientes (ferulización).
v) No se compensarán los servicios cubiertos cuando no resulten exitosos para mejorar la salud bucal del paciente debido a la afección del paciente.
w) No se compensarán los servicios cubiertos cuando se presten en previsión de una necesidad futura (***excepto*** los servicios preventivos cubiertos).
x) No se compensarán los servicios cubiertos para los procedimientos de injerto cuando se completen en la boca donde no hay dientes.
y) No se compensarán los servicios cubiertos para injertos de tejidos desde fuera de la boca a la boca.
z) No se compensarán los servicios cubiertos que no se presten de acuerdo con la ley estatal de Colorado.
aa) No se compensarán los servicios cubiertos si los administra una persona que no sea una persona con licencia para realizarlos.
bb) No se compensarán los servicios cubiertos para tratar cualquier afección, que no sea una enfermedad, anomalía o afección oral o dental.
cc) No se compensarán los servicios cubiertos para reemplazar artículos perdidos, robados o dañados.
dd) No se compensarán los servicios cubiertos para reparar artículos modificados por alguien que no sea un proveedor.
ee) 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.
ff) No se compensarán los servicios cubiertos cuando se presten como resultado de una autolesión.
gg) 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).
hh) No se compensarán los servicios cubiertos prestados para el tratamiento de los dientes retenidos en relación con una sobredentadura.

ii) 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.
jj) 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.
kk) 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) Dentaduras completas provisionales.
h) Dentadura fija provisional soportada por implante/pilar para arco desdentado.
i) Terapia para el habla o la función de la lengua o el rostro.
j) Cobertura utilizada como restauración definitiva.
k) Exposición de la corona anatómica y servicios relacionados.
l) Regeneración pulpar y servicios relacionados.
m) Injerto óseo, materiales biológicos, regeneración de tejidos con cirugía perirradicular y servicios relacionados.
n) Barra conectora o dentadura parcial pediátrica y servicios relacionados.
o) Cualquier servicio de ortodoncia no incluido de manera específica en los servicios cubiertos ya mencionados.
p) Tratamiento de problemas de articulación temporomandibular (temporomandibular joint, ATM), incluido el dolor facial o cualquier afección relacionada. Servicios de diagnóstico, prevención o tratamiento.
q) Estudio de tomografía.
r) Imágenes fotográficas.
s) Captura o interpretación de imágenes de tomografía de haz cónico, resonancia magnética (magnetic resonance imaging IRM), ultrasonido, sialoendoscopia.
t) Índice de implantes.
u) Tomas de muestras.
v) Toda vestibuloplastia.
w) Todo servicio de prótesis maxilofacial.
x) Todo reposicionamiento quirúrgico de dientes, osteoplastia, osteotomía, procedimientos de LeFort.
y) Todo servicio complicado de sutura y reconstrucción.
z) Todo servicio de trasplante o reimplantación.
aa) Toda colocación de un dispositivo de anclaje temporal.
bb) Toda extracción de un hueso.
cc) Toda corticotomía.

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, **se explican las reglas para utilizar su cobertura para los medicamentos de la Parte D.** Consulte el capítulo 4 para obtener información sobre los beneficios de medicamentos y los beneficios de medicamentos del centro de cuidados paliativos de la Parte B de Medicare.

Sección 1.1 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:

- Debe buscar a un proveedor (un médico, un odontólogo u otra persona que emite la receta) para que le escriba una receta válida según la ley estatal aplicable.
- La persona que emite la receta no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- 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 Adquiera los medicamentos 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 en la *Lista de medicamentos* del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para buscar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de farmacias* en nuestro sitio web (www.denverhealthmedicalplan.org), o llamar a Servicios del Plan de Salud.

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que usa 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 en su área, puede obtener ayuda de Servicios del Plan de Salud o utilizar el *Directorio de farmacias.* También puede encontrar información en nuestro sitio web www.denverhealthmedicalplan.org.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunos 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 LTC (como un hogar para personas mayores) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro 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, solo los nativos estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que entregan medicamentos restringidos por la FDA en 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.

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio 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 formularios e información sobre cómo pedir y recibir los medicamentos con receta por correo, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Generalmente, un envío por correo por parte de la farmacia le llegará en un máximo de 10 días. En la mayoría de los casos, puede pedir las medicaciones de mantenimiento por correo entre 20 y 25 días antes de que se le acabe la medicación. Puede comunicarse con la farmacia si tiene más preguntas sobre las medicaciones específicas. 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. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para obtener ayuda (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

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. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia le contacte para informales si deben enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Renovaciones de recetas en pedidos por correo. Para obtener renovaciones, comuníquese con su farmacia 10 días antes de quedarse sin medicamentos para asegurarse de que le enviemos su próximo pedido a tiempo. En la mayoría de los casos, puede pedir las medicaciones de mantenimiento por correo entre 20 y 25 días antes de que se le acabe la medicación. Puede comunicarse con la farmacia si tiene más preguntas sobre las medicaciones específicas.

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 de manera frecuenta, por una afección médica crónica o de largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de farmacias* se 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.

2. Además, puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Para obtener más información, consulte la sección 2.3.

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. **Primero consulte a Servicios del Plan de Salud** para saber si hay una farmacia de la red cercana. Es muy probable 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.

A continuación se enumeran las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que adquiera 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 de urgencia cubierta cuando los proveedores de la red no están disponibles, un suministro para hasta 10 días

¿Cómo debe solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general deberá pagar el costo completo (en lugar de pagar su costo compartido 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 "*Lista de medicamentos*" 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 cumple con los requisitos de Medicare y cuenta con la aprobación de Medicare.

Los medicamentos de la *Lista de medicamentos* son solo aquellos que cubre la Parte D de Medicare.

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] 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 de marca es un medicamento con receta que se vende con una marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. Cuando nos referimos a "medicamentos" en la *Lista de medicamentos*, puede tratarse de un medicamento o de productos biológicos.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene la misma droga activa que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos tienen el mismo efecto que el medicamento de marca y usualmente cuestan menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre algunos 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.

¿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 la *Lista de medicamentos*. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos*. Para obtener más información, consulte el capítulo 9.

Sección 3.2 Existen seis "niveles de costo compartido" para los medicamentos de la *Lista de medicamentos*

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

- Medicamentos genéricos preferidos (nivel 1): Es la opción de medicamentos genéricos más asequible.
- Medicamentos genéricos (nivel 2): Son medicamentos genéricos de mayor costo, incluidas las insulinas selectas.
- Medicamentos de marca preferida (nivel 3): Son medicamentos de marca menos costosos, incluidas las insulinas selectas.
- Medicamentos de marca no preferida (nivel 4): Son medicamentos de marca de mayor costo que aún no tienen una formulación genérica.
- Medicamentos especializados (nivel 5): Por lo general, son de costo alto y tienen distribución limitada, o requieren un manejo especial.
- Medicamentos selectos (nivel 6): Tienen un nivel de costo más bajo para medicamentos genéricos seleccionados.

Las insulinas selectas son insulinas del *Formulario de medicamentos* y se utilizan para un diagnóstico cubierto en la Parte D. Tenga en cuenta que si la insulina se administra a través de una bomba de insulina cubierta de la Parte B, la insulina se debe cubrir en la Parte B y no será elegible para el copago de la Parte D. Para saber cuáles son las insulinas selectas, consulte nuestro *Formulario de medicamentos* (HMO) de Medicare Select más reciente que se encuentra en el sitio web: www.denverhealthmedicalplan.org/medicare-select-comprehensive-formulary. Si necesita una copia o tiene dudas sobre las insulinas cubiertas, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la *Lista de medicamentos* del plan.

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

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

Usted tiene tres 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.

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 alentarle a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos en las formas más eficaces. Consulte la *Lista de medicamentos* para conocer si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar. 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.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *Lista de medicamentos.* Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar según la dosis, el monto o la presentación del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos para las diferentes versiones del medicamento (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?

En las siguientes secciones, se le explicará más sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

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. Comuníquese 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 el capítulo 9.

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 en lugar del medicamento de marca.** 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 puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtener por adelantando 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**". Se implementa para garantizar la seguridad de la medicación y orientar el consumo 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, 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 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 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

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que toma, o uno que usted y su proveedor consideran que debería tomar, que no está en nuestro *Formulario de medicamentos* o que está en nuestro *Formulario de medicamentos* pero tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no cubrirse en absoluto. O quizás una versión genérica del medicamento está cubierta, pero no la versión de marca que usted desea tomar.
- El medicamento se cubre, pero existen reglas o restricciones adicionales sobre la cobertura de ese medicamento, tal como se explica en la sección 4.
- El medicamento se cubre, pero está en un nivel de costo compartido que hace que el costo compartido sea mayor de lo que usted considera que debería ser.
- Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no se cubre 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.
- Si el medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que el costo sea mayor de lo que usted considera que debería ser, consulte la sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la *Lista de medicamentos* o si está restringido de algún modo?

Si su medicamento no se encuentra en la *Lista de medicamentos* o está restringido, usted tiene opciones:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del 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 brindar un suministro temporal de un medicamento que toma. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para recibir un suministro temporal, el medicamento que usted toma **ya no debe estar en la *Lista de medicamentos* del plan** O **debe estar restringido de alguna manera**.

- **Si es un nuevo miembro**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta se realizó 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 y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento en particular, o menos, si su receta se escribió para menos días. Esto se suma al suministro temporal mencionado anteriormente.
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y experimentan un cambio en el nivel de atención, como la admisión en un centro de atención a largo plazo:**

  En el caso de un medicamento de la Parte D no incluido en el *Formulario de medicamentos*, cubriremos un suministro para 31 días, o menos, si su receta está escrita para menos días.
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y experimentan un cambio en el nivel de atención, como recibir el alta de un centro de atención a largo plazo:**

  Cubriremos un suministro temporal del medicamento para un máximo de 30 días, o menos si su receta está escrita para menos días.

Si tiene preguntas sobre los suministros temporales, llame a Servicios del Plan de Salud.

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

1) Puede cambiar por otro medicamento.

Hable con el proveedor sobre la posibilidad de consumir 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 medicamentos* cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2) Puede pedir una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción 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. 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 es un miembro actual y un medicamento que toma se retirará del *Formulario de medicamentos* o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de que recibamos la solicitud (o la declaración acreditativa de la persona que emite la receta). Si aprobamos la solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la sección 6.4 del capítulo 9 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 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto?

A continuación se detalla qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto, hable con el proveedor. Quizá existe un medicamento en un nivel de costo compartido inferior que pudiera funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios del Plan de Salud para solicitar una *Lista de medicamentos* cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para pagar menos por él. 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.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la sección 6.4 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.

Medicamentos en el Nivel 5: los medicamentos especializados no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto del costo compartido de los medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1 La *Lista de medicamentos* puede cambiar durante el año

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

- **agregar o quitar medicamentos de la *Lista de medicamentos***
- **cambiar un medicamento a un nivel de costo compartido superior o inferior**
- **agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento**
- **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*, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra *Lista de medicamentos* en Internet con regularidad programada. A continuación indicamos los tiempos en los que usted recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que toma.

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

- **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. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior, y con las mismas o menos restricciones. 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 ambas opciones cuando se agrega el nuevo genérico.

- Es posible que no le informemos por adelantado antes de realizar ese cambio, incluso si toma el medicamento de marca en el momento. Si toma 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.
- Usted y la persona que emite la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Consulte el capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos incluidos en la *Lista de medicamentos* que se retiran del mercado.**
  - En ocasiones, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, el plan eliminará de inmediato el medicamento de la *Lista de medicamentos*. Si toma ese medicamento, le informaremos de inmediato.
  - 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 toma. Por ejemplo, podríamos añadir un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la *Lista de medicamentos,* cambiar el nivel del costo compartido, o añadir nuevas restricciones al medicamento de marca o a ambos. 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 toma en una farmacia de la red cuando suceden estos cambios.
  - Después de recibir este aviso de cambio, debe trabajar con la persona que emite la receta para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para satisfacer las nuevas restricciones del medicamento que toma.
  - Usted o la persona que emite la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Consulte el capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

Podemos realizar ciertos cambios en la *Lista de medicamentos* además de los ya descritos. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si toma el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si se queda en el mismo plan.

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

- Cambiamos el medicamento a un nivel de costo compartido superior.
- Establecemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Quitamos el medicamento de la *Lista de medicamentos*.

Si cualquiera de estos cambios sucede para un medicamento que usted toma (excepto el 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 restricciones adicionales a su uso del medicamento.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá verificar la *Lista de medicamentos* para el próximo año del plan (cuando esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que toma que lo afectarán durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Deberá pagar los medicamentos excluidos que reciba. Si realiza una apelación y se descubre que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado, consulte el capítulo 9).

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 o sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, 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).
    - 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.

Además según lo exige la ley, las siguientes categorías de medicamentos no cuentan con la cobertura de los planes de medicamentos de Medicare:

- 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
- 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 Obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Brindar la información de membresía

Para obtener su medicamento con receta, muestre su información de membresía del plan, que se encuentra en la tarjeta de membresía del plan, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente facturará al plan *nuestra* parte de los costos del medicamento. Deberá pagar a la farmacia la parte que le corresponde a *usted* del costo al momento de recoger su medicamento con receta.

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

Si usted no tiene consigo su información de membresía del plan al obtener el medicamento con receta, usted o la farmacia pueden llamar 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.** (Luego **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 centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan?

Si se lo ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, por lo general, cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá los medicamentos con receta, siempre que estos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura descritas en este capítulo.

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

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

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que utiliza es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicios del Plan de Salud. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que usted pueda recibir, de manera habitual, sus beneficios de la Parte D a través de nuestras farmacias de LTC.

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

Consulte la sección 5.2 sobre los suministros temporales o de emergencia.

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

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

En general, si tiene una cobertura grupal de empleado o de jubilados, la cobertura de medicamentos con receta que obtiene de nosotros será *secundaria* respecto a la cobertura grupal. 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".

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 este aviso sobre la cobertura acreditable porque podría necesitarlo 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 el aviso sobre cobertura acreditable, 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?

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos antieméticos, 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 estos medicamentos que deberían contar con la cobertura de nuestro plan, pídale al proveedor, o a la persona que emite la receta del centro de cuidados paliativos que brinde información antes de hacer el pedido del medicamento con receta.

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 según lo descrito en este documento. 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 la revocación o el alta.

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.

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

- posibles errores con la medicación
- medicamentos que podrían no ser necesarios porque usted toma otro medicamento para tratar la misma afección
- medicamentos que podrían no ser seguros ni adecuados por su edad o sexo
- ciertas combinaciones de medicamentos que podrían ser perjudiciales si las toma al mismo tiempo
- recetas para obtener medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma
- 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 ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opioides recetados 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 médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su uso de medicaciones opioides o benzodiacepinas con receta no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esas medicaciones. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

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

Si planeamos limitar la manera en que puede obtener estas medicaciones o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta por anticipado. En la carta se explicarán las limitaciones que creemos que deben aplicarse a usted. 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 o con la limitación, usted y la persona que emite la receta tienen derecho a apelar. 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.

No se lo colocará en el DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como un dolor relacionado con el cáncer activo 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) y otros programas para ayudar a los miembros a manejar la medicación

Tenemos programas que pueden ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Uno de ellos es el Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Estos programas son voluntarios y gratuitos. Un equipo de farmacéuticos y médicos crearon los programas para que podamos garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicaciones para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos en medicamentos, o se encuentran en un DMP para 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. Durante la revisión, puede conversar sobre las medicaciones, los costos, y sobre cualquier problema o duda que tenga acerca de sus medicamentos con receta y la medicación de venta libre. Obtendrá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluya los pasos a seguir para obtener los mejores resultados de las medicaciones. También recibirá una lista de medicaciones que incluirá todas las medicaciones que toma, la cantidad que toma 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 hablar con su médico sobre la lista de tareas y la lista de medicación recomendadas. Traiga el resumen 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 actualizada (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.

CAPÍTULO 6:

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

¿Recibe ayuda para pagar los medicamentos?

Debido a que usted se encuentra en un programa que lo ayuda a pagar por los medicamentos, **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".

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 los 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 tienen la cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare, y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por disposición legal.

Para entender la información sobre pagos, debe conocer qué medicamentos se cubren, dónde presentar las recetas y qué reglas debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En las secciones 1 a 4 del capítulo 5 se explican estas reglas.

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

Hay diferentes tipos de costos de desembolso directo para los medicamentos de la Parte D. 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 paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte del costo.
- El **"copago"** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El **"coseguro"** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.3 De qué manera Medicare calcula los costos de desembolso directo

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para los costos de desembolso directo. Las siguientes son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de los costos de desembolso directo.

Estos pagos están incluidos en los costos de desembolso directo

Los costos de desembolso directo incluyen 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):

- el monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en alguna de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - 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 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 $7,400 en costos de desembolso directo en un año calendario, pasará de la etapa de brecha de cobertura a la etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en los costos de desembolso directo

Los costos de desembolso directo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- los medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- los medicamentos que recibe en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red
- los medicamentos 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, incluidos los planes de salud del empleador
- los pagos de los medicamentos que realizan ciertos 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 llamando a Servicios del Plan de Salud.

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

- **Le ayudaremos**. El informe de la *Explicación de beneficios* de la Parte D (EOB de la Parte D) que recibe incluye el monto actual de los costos de desembolso directo. Cuando alcanza el monto de $7,400, 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.

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 Select (HMO)?

Existen cuatro "etapas de pago de medicamentos" para la cobertura de medicamentos con receta de Elevate Medicare Select (HMO). Lo que paga depende de en qué etapa se encuentre en el momento de adquirir o renovar un medicamento con receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapa 1: etapa del deducible anual

Etapa 2: etapa de cobertura inicial

Etapa 3: etapa de brecha de cobertura

Etapa 4: etapa de cobertura catastrófica

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido esté.

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.

Si recibió uno o más medicamentos con receta a través del plan el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D"). La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información 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 la información sobre los aumentos en el precio desde la primera obtención 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 disponibles con menor costo compartido para cada reclamo de receta.

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 cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Nos permite asegurarnos que estamos informados sobre los medicamentos con receta que adquiere y lo que usted paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en que puede pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos 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, bríndenos copias de los recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe brindarnos copias de los recibos de medicamentos:
    - 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.
  - Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan el pago de nuestra parte del costo. Consulte la sección 2 del capítulo 7 para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo.

- **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. Por ejemplo, los pagos que realice un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), 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. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de los costos.
- **Consulte el informe escrito que nosotros le enviamos.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, léala detenidamente para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si piensa que algo falta o si tiene preguntas, llámenos a Servicios del Plan de Salud. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Elevate Medicare Select (HMO)

No hay deducible para Elevate Medicare Select (HMO). Comienza en la etapa de cobertura inicial cuando adquiere su primer medicamento con receta del año. Consulte la sección 5 para obtener información sobre la cobertura en 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 la parte que le corresponde a usted

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 la parte que le corresponde a usted (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.

El plan tiene seis niveles de costo compartido

Cada medicamento en la *Lista de medicamentos* del plan está en uno de seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el número del nivel de costo compartido, más alto será el costo del medicamento:

- Medicamentos genéricos preferidos (nivel 1): Es la opción de medicamentos genéricos más asequible.
- Medicamentos genéricos (nivel 2): Son medicamentos genéricos de mayor costo, incluidas las insulinas selectas.
- Medicamentos de marca preferida (nivel 3): Son medicamentos de marca menos costosos, incluidas las insulinas selectas.
- Medicamentos de marca no preferida (nivel 4): Son medicamentos de marca de mayor costo que aún no tienen una formulación genérica.
- Medicamentos especializados (nivel 5): Por lo general, son de costo alto y tienen distribución limitada, o requieren un manejo especial.
- Medicamentos selectos (nivel 6): Tienen un nivel de costo más bajo para medicamentos genéricos seleccionados.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la *Lista de medicamentos* del plan.

Sus opciones de farmacias

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

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan. Solamente en situaciones limitadas, cubrimos medicamentos con receta adquiridos en farmacias fuera de la red. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para saber cuándo cubriremos un medicamento con receta en una farmacia fuera de la red.
- 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 y el *Directorio de farmacias* del plan.

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.

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o del coseguro depende del nivel de costo compartido.

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

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)** (un suministro para hasta 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 obtener detalles). (hasta un suministro para 10 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	$9 de copago, incluidas las insulinas selectas	$9 de copago, incluidas las insulinas selectas	$9 de copago, incluidas las insulinas selectas
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferida)	$47 de copago $35 de copago para las insulinas selectas	$47 de copago $35 de copago para las insulinas selectas	$47 de copago $35 de copago para las insulinas selectas
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos de marca no preferida)	$95 de copago	$95 de copago	$95 de copago
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos especializados)	33% del costo total	33% del costo total	33% del costo total
Nivel 6 de costo compartido (medicamentos selectos)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago

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. Puede haber ocasiones en las que a usted o al médico le gustaría que obtenga un suministro de menos de un mes de medicamento (por ejemplo, cuando prueba una medicación por primera vez). 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 los medicamentos si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de renovación de los diferentes medicamentos con receta.

Si recibe un suministro de menos de un mes de ciertos medicamentos, no deberá pagar el suministro de todo el mes.

- Si usted es responsable del coseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Como el coseguro se basa en el costo total del medicamento, el costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que usted recibe en lugar de pagar por el mes completo. 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.

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

Para algunos medicamentos, puede recibir un suministro a largo plazo (también conocido como "suministro prolongado"). Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 100 días.

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

- En ocasiones, el costo del medicamento es menor que el copago. En estos casos, paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

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) (un suministro para hasta 100 días)	Costo compartido de envíos por correo (un suministro para hasta 100 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	$18 de copago, incluidas las insulinas selectas	$0 de copago, incluidas las insulinas selectas
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferida)	$141 de copago $105 de copago para las insulinas selectas	$141 de copago $105 de copago para las insulinas selectas
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos de marca no preferida)	$285 de copago	$285 de copago
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos especializados)	No está disponible el suministro a largo plazo para los medicamentos de nivel 5.	No está disponible el suministro a largo plazo para los medicamentos de nivel 5.
Nivel 6 de costo compartido (medicamentos selectos)	$0 de copago	$0 de copago

Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales por medicamentos del año alcancen $4,660

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos con receta de los que adquirió un suministro alcance el **límite de $4,660 para la etapa de cobertura inicial**.

La EOB de la Parte D que recibirá 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 $4,660 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. Si alcanza este monto, dejará la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de brecha de cobertura. Consulte la sección 1.3 para obtener más información sobre la manera en que Medicare calcula los costos de desembolso directo.

SECCIÓN 6 Costos en la etapa de brecha de cobertura

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. Solo cuenta el monto que usted paga, y le ayuda a pasar por la brecha de cobertura.

Usted continúa pagando estos costos hasta que el total anual de los pagos de desembolso directo llegue a un monto máximo establecido por Medicare. Cuando usted alcanza este monto de $7,400, deja la etapa de brecha de cobertura y pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para los costos de desembolso directo (sección 1.3).

Elevate Medicare Select (HMO) ofrece una brecha de cobertura adicional para las insulinas selectas. Durante la etapa de brecha de cobertura, los costos de desembolso directo de las insulinas selectas serán de $9 o $35 para un suministro de un mes. Para saber qué medicamentos constituyen las insulinas selectas, consulte la *Lista de medicamentos* más reciente que le enviamos por correo electrónico. Puede identificar las insulinas selectas al buscar “SI” en la sección de requisitos/límites de la *Lista de medicamentos*. Si tiene preguntas sobre la *Lista de medicamentos*, también puede llamar a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

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

Usted ingresa en la etapa de cobertura catastrófica cuando los costos de desembolso directo alcanzaron el límite de $7,400 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago durante el resto del año calendario.

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

- **La parte que le corresponde a usted** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, lo que sea el monto *mayor:*
    - un coseguro de 5% del costo del medicamento
    - *o bien*, $4.15 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico, y $10.35 por todos los demás medicamentos

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

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

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

- La primera parte de la cobertura es el costo **de la vacuna propiamente dicho.**
- 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).

Los costos de una vacuna de la Parte D dependen de tres cosas:

1. **el tipo de vacuna** (para qué se le vacuna)
    - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte la *tabla de beneficios médicos* [lo que está cubierto y lo que usted paga] en el capítulo 4).
    - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas incluidas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos)* del plan.
2. **dónde recibe la vacuna**
    - Una farmacia o el consultorio del médico le pueden brindar la vacuna.
3. **quién le aplica la vacuna**
    - Un farmacéutico puede aplicarle la vacuna en la farmacia, u otro proveedor se la puede aplicar en el consultorio del médico.

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la etapa de medicamento en la que esté.

- En ocasiones, cuando reciba una vacuna, deberá pagar el costo total de la vacuna y el costo para que el proveedor aplique la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.
- En otras ocasiones, al recibir la vacuna, solo pagará la parte que le corresponde a usted conforme al beneficio de la Parte D.

A continuación le mostramos ejemplos de maneras de recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Recibe 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).

- Pagará a la farmacia el copago de la vacuna, que incluye el costo de aplicación de la vacuna.
- Nuestro plan pagará los costos restantes.

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

- Cuando reciba la vacuna deberá pagar el costo total de la vacuna y el costo para que el proveedor aplique la vacuna.
- Luego, puede solicitar que el plan pague nuestra parte del costo mediante el uso de los procedimientos que se describen en el capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto que pagó menos el copago normal por la vacuna (incluida la aplicación) menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que pagamos por lo general. (Si recibe "Extra Help" [Ayuda adicional], le reembolsaremos 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.

- Usted tendrá que pagar a la farmacia el copago por la vacuna propiamente dicha.
- Cuando el médico le aplique la vacuna, usted pagará el costo completo de este servicio. Luego, puede solicitar que el plan pague nuestra parte del costo mediante el uso de los procedimientos descritos en el capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto que el médico le cobrará por aplicar la vacuna menos cualquier diferencia entre el monto que el médico cobra y lo que pagamos con normalidad. (Si recibe "Extra Help" [Ayuda adicional], le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

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

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

En ocasiones, es posible que deba pagar el costo completo cuando recibe atención médica o un medicamento con receta. En otras ocasiones, es posible que haya pagado más de lo que esperaba según las reglas de cobertura del plan. En estos casos, 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. Puede haber fechas límite que debe cumplir para que obtenga el reembolso. Consulte la sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o, posiblemente, por un monto mayor al de la parte que le corresponde a usted de los costos compartidos, tal como se indica en el documento. Intente resolver la factura con el proveedor primero. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted sigue en su derecho de recibir tratamiento.

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 de urgencia por parte de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de atención de urgencia o de emergencia de cualquier proveedor, pertenezca o no a nuestra red. En estos casos,

- Solo debe pagar la parte que le corresponde a usted por los servicios de atención de urgencia o de emergencia. Los proveedores de emergencia tienen la obligación legal de brindar atención de emergencia. Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención por accidente, pídanos que le devolvamos el dinero de nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de todos los pagos que haya hecho.
- 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 realizado.
    - 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 del servicio, determinaremos cuánto debe y le devolveremos el dinero de nuestra parte del costo.

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 y solicitarle solo la parte que le corresponde a usted. Pero en ocasiones cometen errores y le solicitan que pague más de la parte que le corresponde a usted.

- Solo debe pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe los servicios cubiertos. 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.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted crea 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 y pídanos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía conforme al plan.

3. Si se inscribió de forma retroactiva en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción 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, como los recibos y las facturas, para que nos ocupemos del reembolso.

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

Si va a una farmacia fuera de la red, 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.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el dinero de nuestra parte del costo. Recuerda que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para informarse sobre estas circunstancias.

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 de inmediato 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.

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 se cubre.

- 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 el medicamento de inmediato, quizá deba pagar el costo completo.
- 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.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si le denegamos la solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el capítulo 9 de este documento hay más información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero mediante una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos la factura y los documentos de cualquier pago que 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 junto con cualquier factura o recibo pago al siguiente domicilio:

Denver Health Medical Plan, Inc.
PO Box 6300
Columbia, MD 21045

Envíenos por correo la solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pago por los medicamentos con receta de la Parte D al siguiente domicilio:

Denver Health Medical Plan, Inc.
Attn: Pharmacy
777 Bannock St., Mail Code 6000
Denver, CO 80204

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, le pagaremos nuestra parte del costo. 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.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* se cubren o usted *no* cumplió con todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta donde se expliquen los motivos por los que no enviaremos el pago y su derecho 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 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. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados e importantes fechas límite. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos brindar información en una forma que funcione para usted y que coincida con sus sensibilidades culturales (en idiomas diferentes al inglés, en braille, en letras grandes u otros formatos alternativos, etc.)

El plan debe garantizar que todos los servicios, tanto médicos como no médicos, se presten de una forma culturalmente competente y estén disponibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o aquellos con origen étnico y cultural diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad son, entre otros, la prestación de servicios de traductores, servicios de intérpretes, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan dispone de servicios de intérpretes gratuitos para responder a las preguntas de los miembros 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 en un formato adecuado para usted, llame a Servicios del Plan de Salud.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica rutinarios y preventivos de la mujer.

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

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, para consultar especialistas en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, 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) al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles a todos los inscritos, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen étnico y cultural diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir

estos requisitos de accesibilidad son, entre otros, la prestación de servicios de traductores, servicios de intérpretes, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan dispone de servicios de intérpretes gratuitos para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos ofrecerle información en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información en un formato adecuado para usted, llame a Servicios del Plan de Salud.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud femenina dentro de la red para los servicios de atención médica rutinarios y preventivos de la mujer.

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

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, para acudir a un especialista en salud femenina o para encontrar un especialista de la red, llame al 303-602-2261 para presentar una queja ante nuestro Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeals Department). Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) llamando al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que le brinde y organice sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión.

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 recibe la atención médica o los medicamentos de la Parte D en un lapso de tiempo razonable, en el capítulo 9 se 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.
- Tiene derechos relacionados con la 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.
- Excepto por las circunstancias indicadas a continuación, si intentamos proporcionar la información médica a cualquier persona que no le brinde ni pague su atención, *estamos obligados a obtener primero su permiso o el de alguien a quien usted le haya dado el derecho legal de tomar decisiones por usted por escrito*.
- Existen ciertas excepciones que no nos obligan a obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
    - 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; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de forma exclusiva.

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.

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

Como miembro de Elevate Medicare Select (HMO), tiene el derecho a recibir diferentes tipos de información de nuestra parte.

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios del Plan de Salud:

- **Información sobre nuestro plan**. Por ejemplo, esto incluye información sobre la condición financiera del plan.
- **Información acerca de las farmacias y los proveedores de la red.** Usted tiene derecho a obtener información acerca de las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la use.** Puede encontrar información sobre los servicios médicos en los capítulos 3 y 4. En los capítulos 5 y 6 se brinda información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** En el capítulo 9 se brinda información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué no se cubre o se restringe la cobertura de un servicio médico o medicamento de la Parte D. En el capítulo 9 también se brinda información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.
- **Cómo Elevate Medicare Select (HMO) 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. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera 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.** 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 de 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 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.

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.** Puede obtener un formulario de instrucción anticipada 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.
- **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 quien puede tomar decisiones si usted no puede hacerlo. Puede proporcionarle copias a amigos cercanos y familiares. Mantenga 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.**

- 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.

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

En el capítulo 9 de este documento se le informa qué puede hacer si tiene problemas, inquietudes o quejas, y necesita solicitar la cobertura o presentar una apelación. Lo que sea que haga, solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo de forma justa**.

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que se lo está tratando de manera injusta 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, orientación sexual 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 se lo trató injustamente o que sus derechos no se respetaron *y no se trata* de discriminación, usted puede obtener ayuda para abordar el problema:

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

Sección 1.8 Cómo obtener información adicional sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicios del Plan de Salud**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles, 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 (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que necesita hacer como miembro del plan se detalla a continuación. Si usted tiene preguntas, llame a Servicios del Plan de Salud.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para conocer lo que se cubre y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
  - En los capítulos 3 y 4 se brinda información detallada sobre los servicios médicos.
  - Los capítulos 5 y 6 brindan información detallada sobre la cobertura de 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.** En el capítulo 1 se informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a los otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan 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 obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluso los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si usted tiene alguna duda, no deje de preguntar y asegúrese de obtener una respuesta que comprenda.
- **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 continuar pagando una prima por la Parte B de Medicare para continuar como 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.

  - Si debe pagar una penalización por inscripción tardía, debe pagar dicha penalización para mantener la cobertura de medicamentos con receta.
  - Si usted está obligado a pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, usted debe continuar pagando el monto adicional directo al gobierno para permanecer como miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio, necesitamos saberlo** para mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio, no puede permanecer como miembro del plan.** Elevate Medicare Select (HMO) permite a los miembros que se mudan al condado de Arapahoe después de inscribirse continuar en el plan.
- Si se muda, también es importante que informe al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican los dos tipos de procesos para manejar problemas o inquietudes:

- Para algunos problemas, usted debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, usted necesita usar el **proceso para presentar quejas**.

Medicare aprobó ambos procesos. Cada proceso cuenta con un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos respetar.

La guía en la sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos legales para algunas de las reglas, los procedimientos y los 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 facilitar la comprensión, en este capítulo:

- Se utilizan 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. Conocer los términos que debe utilizar lo ayudará a comunicarse de forma más precisa para 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.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, debemos respetar su derecho a presentar la queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con Servicio al Cliente si necesita ayuda. Pero, en algunas situaciones, es posible que usted también desee la ayuda u orientación de una persona que no esté relacionada con nosotros. A continuación se indican dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe 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 y los enlaces al sitio web en la sección 3 del capítulo 2 de este documento.

Medicare

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

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

SECCIÓN 3 Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Si tiene un problema o una inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. La guía que sigue le servirá de ayuda.

¿Su problema o inquietud se refiere a los beneficios o a la cobertura?

Esto incluye problemas con respecto a si una atención médica o los medicamentos con receta tienen cobertura o no, la manera en que se cubren y los problemas relacionados con el pago de atención médica o los medicamentos con receta.

Sí.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **sección 4, "Una guía para los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones".**

No.

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

APELACIONES Y DECISIONES DE COBERTURA DE LA PARTE D

SECCIÓN 4 Una guía para los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Preguntar por las decisiones de cobertura y hacer apelaciones: el panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones abordan los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de los servicios médicos y los medicamentos con receta, incluido 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 antes de recibir los servicios

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. 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.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos. 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 antes o después de recibir un servicio, y no está satisfecho, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos la decisión de cobertura que tomamos. En ciertas circunstancias, que se abordan más adelante, usted puede solicitar una apelación acelerada o "apelación de respuesta rápida" de una decisión de cobertura. Diferentes revisores manejan su apelación en lugar de aquellos que tomaron la decisión original.

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. Cuando hayamos completado la revisión, le daremos a conocer nuestra decisión. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de Apelación de Nivel 1, 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 Apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si no rechazamos el caso pero sí rechazamos todo o parte de su Apelación de Nivel 1, puede pasar a una Apelación de Nivel 2. Una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros realiza la Apelación de Nivel 2. (Las apelaciones de servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán de manera automática a la organización de revisión independiente para que realice una Apelación de Nivel 2; usted no debe hacer nada. En el caso de las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos todo o parte de su aplicación, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan más a fondo en la sección 6 de este capítulo). Si no queda satisfecho con la decisión tomada en la Apelación de Nivel 2, usted podría pasar por otros niveles de apelación adicionales (en la sección 9 de este capítulo se explican los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicite una decisión de cobertura o realice una apelación

Estos son algunos recursos que tiene disponibles si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar a Servicios del Plan de Salud**.
- Puede **obtener asistencia gratuita** por parte de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico.
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico colabora en una apelación más allá del Nivel 2, se lo deberá designar como representante. Llame a Servicios del Plan de Salud y solicite el formulario de "nombramiento de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare: www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).
    - Para obtener atención médica o medicamentos con receta de la Parte B, 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 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 en su nombre. Si se niega la Apelación de Nivel 1, su médico u otra persona que emite la receta puede solicitar una Apelación de Nivel 2.
- **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.
    - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios del Plan de Salud y solicite el formulario de "nombramiento de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare: www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). 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.
    - 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.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** 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 remisión. También existen grupos que le proporcionarán asistencia legal sin costo, si cumple con 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 4.3 ¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles para su situación?

Existen cuatro 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 5** de este capítulo: "Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente hospitalizado prolongada si piensa que el médico le da el alta demasiado pronto".
- **Sección 8** 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 a estos servicios*: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria [CORF]).

Si no está seguro sobre qué sección debe utilizar, llame a Servicios del Plan de Salud. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como el programa SHIP.

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

Sección 5.1 En esta sección se indica qué hacer si tiene problemas para obtener 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 documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. Para simplificar, por lo general nos referimos a la "cobertura de atención médica" o la "atención médica" que 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 recibe cierta atención médica que desea y considera que está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

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. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

3. Recibió atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan, pero dijimos que no pagaríamos por esta atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

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. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

5. Le dijeron que la cobertura para cierta atención médica que recibe y que habíamos aprobado anteriormente se reducirá o interrumpirá, y usted considera que reducir o interrumpir esta atención podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

   Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es de atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (CORF), debe leer las secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

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

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura está relacionada con su atención médica, se denomina **"determinación de la organización"**. Una "decisión rápida de cobertura" se denomina **"determinación acelerada"**.

Paso 1: decida si necesita una "decisión estándar de cobertura" o una "decisión rápida de cobertura".

La "decisión estándar de cobertura" suele tomarse en un plazo de 14 días o de 72 horas para los medicamentos de la Parte B. La "decisión rápida de cobertura" suele tomarse en un plazo de 72 horas para los servicios médicos o de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con dos requisitos:

- Puede solicitar *únicamente* cobertura de atención médica que *aún no haya recibido.*
- 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.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que:
  - Se le informará que utilizaremos las fechas límite estándares.
  - Se le informará que, si su médico solicita una decisión rápida de cobertura, la emitiremos automáticamente.
  - Se le informará que 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.

Paso 2: pídale al plan que tome una decisión de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacer su solicitud y que nosotros proporcionemos o autoricemos la cobertura para la atención médica

que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. La información de contacto se encuentra en el capítulo 2.

<u>Paso 3:</u> consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Usamos las fechas límite estándares para las decisiones 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.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tomar hasta 14 días adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos 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". Le brindaremos una respuesta sobre la queja en cuanto tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es distinto al proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas).

Utilizamos un plazo acelerado para las decisiones rápidas 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.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tomar hasta 14 días adicionales**. Si tomamos 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" (consulte la sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas). Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no.

Paso 4: si no aprobamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si no aprobamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina **"reconsideración"** por parte del plan. Una "apelación de respuesta rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada"**.

Paso 1: decida si necesita una "apelación estándar" o una "apelación de respuesta rápida".

Por lo general, una "apelación estándar" se realiza en un plazo de 30 días. Por lo general, una "apelación de respuesta rápida" se realiza en un plazo de 72 horas.

- 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". Si su médico nos informa de que su salud exige una "apelación de respuesta rápida", le daremos 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 5.2 de este capítulo.

Paso 2: solicite al plan una apelación o una apelación de respuesta rápida.

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitar una apelación al llamarnos. La información de contacto se encuentra en el capítulo 2.
- **Si solicita una apelación de respuesta rápida, preséntela por escrito o llámenos.** La información de contacto se encuentra en el capítulo 2.
- **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 la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite 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 pueden ser, por ejemplo, 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 con respecto a su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información que respalde su apelación.**

Paso 3: consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, controlamos cuidadosamente toda la información. Evaluamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, recopilaremos más información y nos comunicaremos con usted o con su médico.

Fechas límite para una "apelación de respuesta rápida"

- Para las apelaciones de respuesta rápida, debemos brindarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud exige que lo hagamos.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tomar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo haremos saber por escrito. No podemos tomar tiempo adicional 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. En la sección 5.4 se explica 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 nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba la apelación.

Fechas límite para una "apelación estándar"

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. 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 con más rapidez si su afección de salud lo exige.

- Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tomar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos 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". Cuando presente una queja de respuesta rápida, le daremos una respuesta dentro de las siguientes 24 horas. (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas).
- Si no le brindamos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud a una Apelación de Nivel 2, donde la evaluará una organización de revisión independiente. En la sección 5.4 se explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente la apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: cómo hacer una Apelación de Nivel 2

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).

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros ni tampoco es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o se debe cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: la organización de revisión independiente revisa su apelación.

- 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.
- 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.

- En el caso de la "apelación de respuesta rápida", 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.
- Sin embargo, 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 estándar" en el Nivel 1, también tendrá una "apelación estándar" en el Nivel 2.

- En el caso de la "apelación estándar", 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.
- Sin embargo, 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.

<u>Paso 2:</u> 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.

- **Si la organización de revisión aprueba parcial o totalmente una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a recibir la decisión de la organización de revisión respecto de la solicitud estándar. En el caso de solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas desde la fecha de recepción de la decisión por parte de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión aprueba parcial o totalmente la solicitud por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare,** debemos autorizar o brindar el medicamento con receta de la Parte B dentro de las **72 horas** posteriores a recibir la decisión por parte de la organización de revisión respecto de la **solicitud estándar**. En el caso de **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** desde la fecha de recepción de la decisión por parte de la organización de revisión.

- **Si esta organización rechaza parcial o totalmente la apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación"). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:
  - Se explica la decisión.
  - Se le notifica su derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de atención médica alcanza cierto monto mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le informará el monto monetario que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
  - Se indicará cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

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). Si quiere pasar a una Apelación de Nivel 3, puede encontrar la información detallada de cómo hacerlo 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. En la sección 9 de este capítulo se explican los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por atención médica?

En el capítulo 7 se describe cuándo puede solicitar el reembolso o que se pague una factura que recibió de un proveedor. También se indica cómo enviarnos los documentos para solicitarnos el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación en la que nos solicita el reembolso, nos pide una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si usted siguió todas las reglas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos la solicitud**: Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago de la parte del costo que nos corresponde dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Si aún no ha pagado los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor.

- **Si rechazamos su solicitud:** 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.

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. Para las apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la apelación. Si nos solicita que le reembolsemos por la atención médica que ya recibió y pagó, no se le permite solicitar una apelación de respuesta rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago 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 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 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 incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el capítulo 5 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los capítulos 5 y 6. **Esta sección 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". También utilizamos el término "*Lista de medicamentos*" en lugar de "*Lista de medicamentos cubiertos*" o "*Formulario de medicamentos*".

- Si no sabe si se cubre un medicamento o si usted cumple con las reglas, consúltenos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- 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.

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial acerca de sus medicamentos de la Parte D se denomina **"determinación de cobertura"**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por los medicamentos. Esta sección le informa lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no forma parte de la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Pida una excepción. Sección 6.2.**
- Solicita que anulemos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en el monto del medicamento que puede obtener). **Pida una excepción. Sección 6.2.**
- Solicita que paguemos un monto de costo compartido inferior por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido superior. **Pida una excepción. Sección 6.2.**
- Solicita la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4.**
- Paga un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos que le reembolsemos. Sección 6.4.**

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.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Solicitar cobertura de un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos* algunas veces se denomina solicitar una **"excepción al *Formulario de medicamentos*"**. Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento algunas veces se denomina solicitar una **"excepción al *Formulario de medicamentos*"**. Solicitar el pago de un precio inferior por un medicamento cubierto no preferido a veces se denomina solicitar una **"excepción de nivel"**.

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.

Para que consideremos la solicitud de excepción, su médico u otra persona que emite la receta necesitarán explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que emite la receta pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no se encuentra en nuestra *Lista de medicamentos*.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la *Lista de Medicamentos*, deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos del nivel 4 para medicamentos de marca o para medicamentos genéricos. No puede solicitar una excepción al monto del costo compartido que requerimos que pague por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**. En el capítulo 5 se describen las reglas o restricciones adicionales que rigen para ciertos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos*. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que requerimos que pague por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Cada medicamento en la *Lista de medicamentos* está en uno de seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el número de nivel de costo compartido, menos pagará como la parte que le corresponde a usted del costo del medicamento.
    - Si en nuestra *Lista de medicamentos* hay medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costo compartido inferior al de su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.

- Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede solicitarnos que lo cubramos a un monto de costo compartido inferior. Este sería el nivel de costo más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede solicitarnos que lo cubramos a un monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede solicitarnos que lo cubramos a un monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del nivel 5 (medicamentos especializados).
- Si aprobamos la solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido inferior con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, por lo general pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 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. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general *no* aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel o niveles de costo compartido inferiores no funcionen tan bien para usted o puedan causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta que finaliza el año del plan. Esto es así, 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, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción

Términos legales
Una "decisión rápida de cobertura" se denomina **"determinación de cobertura acelerada".**

Paso 1: decida si necesita una "decisión estándar de cobertura" o una "decisión rápida de cobertura".

Las **"decisiones estándar de cobertura"** se toman dentro de las **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las **"decisiones rápidas de cobertura"** se toman dentro de las **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, solicítenos que le demos una "decisión rápida de cobertura". **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con dos requisitos:**

- Tiene que solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura para que le reembolsemos un medicamento que ya compró).
- Debe ser un caso en que utilizar las fechas límite estándares podría ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad de funcionamiento.
- **Si su médico u otra persona que emite la receta le informan que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura", le brindaremos automáticamente una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico o de la persona que emite la receta, decidiremos si su estado de salud exige que le demos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que:
    - Se le informará que utilizaremos las fechas límite estándares.
    - Se le informará que, si su médico u otra persona que emite la receta solicita una decisión rápida de cobertura, la emitiremos automáticamente.
    - Se le informará que 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. Responderemos la queja dentro de las 24 horas posteriores al recibo.

Paso 2: solicite una "decisión estándar de cobertura" o una "decisión rápida de cobertura".

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacer su solicitud y que nosotros proporcionemos o autoricemos la cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso para decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. 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. La información de contacto se encuentra en el capítulo 2. Para que podamos procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información que identifique el reclamo rechazado que se apela.

Usted, su médico (u otra persona que emite la receta) o su representante pueden hacer esto. Además, un abogado puede actuar en su nombre. En la sección 4 de este capítulo se informa cómo puede otorgar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la "declaración acreditativa"** donde se incluyen los motivos médicos de la excepción. 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.

Paso 3: consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una "decisión rápida de cobertura"

- Por lo general, debemos brindarle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas posteriores** a la recepción de su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración acreditativa del médico. 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.
- **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

- Por lo general, debemos brindarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores** a la recepción de su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración acreditativa de su médico. 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.

- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos proporcionarle **dentro de las 72 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" 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.
- **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.

<u>Paso 4:</u> si rechazamos su solicitud de cobertura, puede apelar.

- Si no aprobamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **"redeterminación"** del plan. Una "apelación de respuesta rápida" también se denomina **"redeterminación acelerada"**.

Paso 1: decida si necesita una "apelación estándar" o una "apelación de respuesta rápida".

Por lo general, una "apelación estándar" se realiza en un plazo de 7 días. Por lo general, una "apelación de respuesta rápida" se realiza en un plazo de 72 horas. Si su estado de salud lo exige, solicite una "apelación de respuesta rápida".

- 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 6.4 de este capítulo.

Paso 2: usted, su representante, médico u otra persona que emite la receta se debe comunicar con nosotros y presentar su Apelación de Nivel 1. Si su estado de salud exige una respuesta rápida, debe solicitarnos una "apelación de respuesta rápida".

- **Para las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito** o llámenos. La información de contacto se encuentra en el capítulo 2.
- **Para las apelaciones de respuesta rápida, presente la apelación por escrito o llámenos al** 303-602-2261. La información de contacto se encuentra en el capítulo 2.
- **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. Asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información relacionada con el reclamo para que podamos procesar la solicitud.
- **También puede presentar una solicitud de apelación a través de nuestro sitio web.** Visite nuestro sitio web en www.denverhealthmedicalplan.org. Haga clic en "Contáctenos" (Contact Us) y luego haga clic en "Enviar un correo electrónico a Servicios del Plan de Salud" (Email Health Plan Services) para presentar la descripción de su 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 la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite 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 pueden ser, por ejemplo, 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.** Usted y su médico pueden agregar más información que respalde su apelación.

Paso 3: consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, volvemos a controlar con atención 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"

- Para las apelaciones de respuesta rápida, debemos brindarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud exige que lo hagamos.
    - 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 6.6 se explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó**, debemos 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 una declaración por escrito que explique el porqué de nuestra negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una "apelación estándar" sobre un medicamento que todavía no recibió

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos antes nuestra decisión si usted aún no ha recibido el medicamento y su afección de salud requiere que lo hagamos.
    - 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 una organización de revisión independiente la evaluará. En la sección 6.6 se explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como lo exija su estado de salud, pero no después de los **7 días calendario** posteriores a la recepción de la 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" sobre 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.
- **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 presentar una apelación.

Paso 4: si no aprobamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y realizar *otra* apelación.

- Si decide hacer otra apelación, significa que pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2

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).

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros ni tampoco es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o se debe cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: usted (o su representante, su médico u 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. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de "riesgo" según nuestro Programa de Manejo de Medicamentos, remitiremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- 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.

Paso 2: la organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente considerarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para una "apelación de respuesta rápida"

- Si su salud así lo exigiese, solicite una "apelación de respuesta rápida" a la organización de revisión independiente.
- Si la organización 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.

Fechas límite para una "apelación estándar"

- En el caso de una apelación estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a la 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 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.

Paso 3: la organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para las "apelaciones de respuesta rápida":

- **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.

Para las "apelaciones estándar":

- **Si la organización de revisión independiente aprueba todo o parte de la 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 todo o parte de la 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 rechaza **parcial o totalmente** la apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud (o parte de la solicitud). (Esto se denomina "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación"). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:

- Se explica la decisión.
- Se le notifica su derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza cierto monto mínimo. Si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede hacer otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- Se le informará el valor monetario que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: 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).
- Si quiere pasar a una Apelación de Nivel 3, puede encontrar la información detallada de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibió después de la decisión de la Apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un abogado litigante. En la sección 9 de este capítulo se brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente hospitalizado prolongada si piensa que el médico le da el alta demasiado pronto

Cuando a usted se lo ingresa en el hospital, tiene el derecho a que se cubran todos sus servicios hospitalarios que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán junto con usted para prepararlo para el día de su alta. Organizarán la atención que pueda necesitar posterior al 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 informarán.
- Si piensa que se le pide que abandone el hospital demasiado rápido, puede solicitar una estadía en el hospital prolongada y su solicitud se tomará en consideración.

Sección 7.1 Durante su estadía en el hospital como paciente hospitalizado, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos

En un plazo de dos días desde su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todos los miembros de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso por parte de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o enfermero), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios del Plan de Salud o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea detenidamente este aviso y haga preguntas si no lo entiende.** En el aviso, se le informa:
   - 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.
   - Dónde informar de cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.

- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si cree que el hospital le da el alta demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de alta para que cubramos la atención hospitalaria durante más tiempo.

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.
   - Firmar el aviso muestra *solo* que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no proporciona 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 informar una inquietud sobre la calidad de la atención) cuando la necesite.
   - Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de que se programe el alta.
   - Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios del Plan de Salud o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar el aviso en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar 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.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Solicite ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios del Plan de Salud. O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

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.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica financiados por el gobierno federal 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. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿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. También puede buscar el nombre, el domicilio y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad correspondiente a su estado en el capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de salir del hospital y **no más tarde de la medianoche de la fecha de alta.**
    - **Si cumple con esta fecha límite**, puede quedarse en el hospital *después* de la fecha de su alta *sin tener que pagar* su estadía mientras espera la decisión de 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 posterior 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 detalles sobre esta otra forma de hacer una apelación, consulte la sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata del alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día posterior a que nos comuniquemos, le entregaremos un **Aviso detallado del alta**. En este aviso se brinda su fecha de alta programada y se explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que se le dé el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** si llama a Servicios del Plan de Salud 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 puede ver un ejemplo del aviso en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ("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.
- Antes del mediodía del día posterior al cual los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá un aviso por escrito que proporcionará su fecha de alta programada. En este aviso se explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que se le dé el alta en esa fecha.

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.

¿Qué sucede si se rechaza la apelación?

- Si la organización de revisión *rechaza* 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.

Paso 4: si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea hacer otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dio una respuesta *negativa* a 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 7.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una Apelación de Nivel 2, debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que considere nuevamente la decisión de 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 estadía después de la fecha de alta programada.

Paso 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite 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 posteriores a recibir su solicitud para una Apelación de Nivel 2, los revisores 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.**
- 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. Esto se denomina "confirmar la decisión".
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión.

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 quiere pasar a una Apelación de Nivel 3, puede encontrar la información detallada de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibió después de la decisión de la Apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un abogado litigante. En la sección 9 de este capítulo se brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para hacer su Apelación de Nivel 1?

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación de respuesta rápida") también se denomina una **"apelación acelerada"**.

En su lugar, puede apelar con nosotros

Como se explicó con anterioridad, debe actuar rápidamente para iniciar la Apelación de Nivel 1 de la fecha de alta del hospital. Si no pudo cumplir con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, 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

Paso 1: comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- **Solicite una "revisión rápida"**. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta dentro de las fechas límite "rápidas" en lugar de en las fechas límite "estándares". La información de contacto se encuentra en el capítulo 2.

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. Verificamos que la decisión acerca de su alta del hospital haya sido justa y acorde a las reglas.

Paso 3: le informaremos acerca de nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de una "revisión rápida".

- **Si aprobamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en el hecho de que debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Debemos continuar proporcionándole los servicios de hospitalización cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. 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 apelación**, 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, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel de proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de Apelación *Alternativa* de Nivel 2

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).

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan ni tampoco es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o se debe cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

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 estas fechas límite u otros plazos, puede presentar una queja. La sección 10 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.

- 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 nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió 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 periodo de cobertura de los servicios médicos a nuestro cargo.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo en que su fecha de alta programada del hospital fue médicamente adecuada.
    - En el aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente se le informa cómo iniciar una Apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que está 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.
- En la sección 9 de este capítulo se brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que continuemos con la cobertura de ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata únicamente sobre tres servicios:* atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (CORF)

Cuando recibe **servicios médicos a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria)**, 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.

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 finalizamos la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

Términos legales
"Aviso de finalización de la cobertura de Medicare". En este aviso se informa 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.

1. **Recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso, se le informa:
   - la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención
   - cómo presentar una "apelación de vía rápida" para solicitar que mantengamos la cobertura de su atención durante más tiempo
2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para mostrar que lo recibió.** Firmar el aviso significa *únicamente* que recibió la información acerca de la finalización de la cobertura. **Firmarlo no significa que usted está de acuerdo** con la decisión del plan de finalizar la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea 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.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Solicite ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios del Plan de Salud. O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de la atención es médicamente adecuada.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica financiados por el gobierno federal para comprobar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Incluye la revisión de las decisiones del plan sobre cuándo es tiempo de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

<u>Paso 1:</u> presentar una Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación de vía rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de finalización de la cobertura de Medicare*) se le informa cómo ponerse en contacto con esta organización. También puede buscar el nombre, el domicilio y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad correspondiente a su estado en el capítulo 2.

Actúe rápido:

- 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.

Su fecha límite para contactar a esta organización

- 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 detalles sobre esta otra forma de hacer una apelación, consulte la sección 8.5.

<u>Paso 2:</u> la Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Términos legales
"Explicación detallada de la finalización de cobertura". Es un aviso en el que se brindan detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ("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 recibirá una **explicación detallada de la finalización de cobertura** de nuestra parte que explicará en detalle los motivos por los cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

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). Pueden existir limitaciones en los servicios cubiertos.

¿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**.
- Si decide continuar recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro 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**.

Paso 4: si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea hacer otra apelación.

- 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 una Apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Durante una Apelación de Nivel 2 debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que considere nuevamente la decisión de 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 centro de enfermería especializada o servicios en un establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que nuestra cobertura finalizaría.

Paso 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite 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 dice que sí?

- **Debemos 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. **Debemos seguir proporcionando la cobertura** de su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- 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 tomada con respecto a su Apelación de Nivel 1.
- 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 quiere pasar a una Apelación de Nivel 3, puede encontrar la información detallada de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibió después de la decisión de la Apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un abogado litigante. En la sección 9 de este capítulo se brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para hacer su Apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede apelar con nosotros

Como se explicó anteriormente, 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

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".

- **Solicite una "revisión rápida"**. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta dentro de las fechas límite "rápidas" en lugar de en las fechas límite "estándares". La información de contacto se encuentra en el capítulo 2.

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.

Paso 3: le informaremos acerca de nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de una "revisión rápida".

- **Si aprobamos su solicitud de apelación**, 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**, 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 centro de enfermería especializada o servicios del establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que nuestra cobertura finalizaría, entonces **usted deberá pagar el costo completo** de esta atención médica.

<u>Paso 4:</u> si *no* aprobamos su apelación de respuesta rápida, su caso irá *automáticamente* al siguiente nivel de proceso de apelaciones.

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 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 con respecto a la "apelación de respuesta rápida". Esta organización decide si se debe cambiar la decisión. **La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata 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.

<u>Paso 1:</u> 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 estas fechas límite u otros plazos, puede presentar una queja. La sección 10 de este capítulo le informa cómo presentar una queja).

<u>Paso 2:</u> la organización de revisión independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le brindan una respuesta dentro de las 72 horas.

- 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 nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido a partir de la fecha en la que le informamos que nuestra cobertura finalizaría. Debemos además, continuar proporcionando cobertura para su atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario. 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 periodo 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.
- En el aviso que recibe de la organización de revisión independiente se le informará por escrito qué puede hacer si desea 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 quiere pasar a una Apelación de Nivel 3, puede encontrar la información detallada de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibió después de la decisión de la Apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante revisan una Apelación de Nivel 3. En la sección 9 de este capítulo se brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otras instancias

Sección 9.1 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. La respuesta por escrito que usted reciba respecto de su Apelación de Nivel 2 le explicará cómo 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 de derecho administrativo o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado litigante aprueba su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no* haber concluido.** A diferencia de una decisión en la Apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una Apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o 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. En el aviso que reciba se le informará qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 **El Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si el Consejo aprueba su solicitud o si rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión favorable de una Apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede o no* haber concluido.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelar esta decisión en el Nivel 5.
    - 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 y cómo continuar con dicha Apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez en el **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Sección 9.2 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 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**. 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 después 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. En el aviso que reciba se le informará qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 **El Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, se termina el proceso de apelaciones**. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que haya sido aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago no después 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, podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud de revisión de la apelación, en el aviso se le indicará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. En el aviso por escrito también se 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.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

PRESENTAR QUEJAS

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

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se abordan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicio al Cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se abordan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, Servicio al Cliente deficiente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien fue descortés o irrespetuoso con usted? • ¿Está insatisfecho con nuestros Servicios del Plan de Salud? • ¿Cree que se lo incita a abandonar nuestro plan?

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla? • ¿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? o Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de examen, o cuando se solicita un medicamento con receta.
Limpieza	• ¿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	• ¿No le enviamos un aviso requerido? • ¿Nuestra información escrita es difícil de comprender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la puntualidad de nuestras acciones con respecto a decisiones de cobertura y apelaciones).	Si solicitó una decisión de cobertura o hizo una apelación y considera que no respondemos con la rapidez suficiente, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Los siguientes son ejemplos: • Nos pidió una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación de respuesta rápida" y la rechazamos; puede presentar una queja. • Considera que no cumplimos con las fechas límite para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Considera que no cumplimos con las fechas límite para cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que se aprobaron; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con las fechas límite requeridas para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **"queja"** también se denomina **"queja"**.
- **"Realizar una queja"** también se denomina **"presentar una queja"**.
- **"Usar el proceso de quejas"** también se denomina **"usar el proceso para presentar una queja"**.
- Una **"queja de respuesta rápida"** también se denomina **"queja acelerada"**.

Sección 10.3 Paso a paso: cómo presentar una queja

Paso 1: comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, 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.
- **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: le brindaremos una decisión de respuesta rápida si usted presenta (o vuelve a presentar) la solicitud con una declaración acreditativa 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 acreditativa 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.

- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario posteriores al surgimiento del problema sobre el cual desea presentar la queja.

Paso 2: analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si usted nos llama con una queja, podremos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **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 presenta 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**.
- **Si no estamos de acuerdo** parcial o totalmente con su queja, o no asumimos la responsabilidad del problema por el que presenta una queja, incluiremos nuestros motivos en la respuesta.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja es por la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directo a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad**. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. La información de contacto se encuentra en el capítulo 2.

O BIEN,

- **Puede presentar su queja a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y a nosotros al mismo tiempo**.

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Elevate Medicare Select (HMO) directo a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:
Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Elevate Medicare Select (HMO) puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Puede retirarse de nuestro plan porque usted decidió que *desea* retirarse. En las secciones 2 y 3 encontrará información sobre cómo cancelar la membresía de manera voluntaria.
- También existen situaciones limitadas en las que usted 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, el plan debe continuar brindando la atención médica y los medicamentos con receta, y usted debe continuar pagando el costo compartido hasta que termine su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier momento durante el **periodo de inscripción anual** (también llamado "periodo de inscripción abierta"). Durante este tiempo, revise la cobertura de salud y de medicamentos, y tome una decisión acerca de su cobertura para el próximo año.

- **El periodo de inscripción anual** se extiende desde **el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija 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 con o sin cobertura de medicamentos con receta.
    - Medicare Original *junto con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - Si elige esta opción, 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 medicamentos con receta de Medicare y permanece sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable durante un periodo ininterrumpido de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía en un plan se cancelará** cuando la cobertura de su nuevo plan comience, el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **periodo de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**.

- **El periodo de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** se extiende desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo.
- **Durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage,** usted puede hacer lo siguiente:
    - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
    - Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si opta por cambiarse a Medicare Original durante este periodo, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **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 2.3 En determinadas situaciones, usted puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de Elevate Medicare Select (HMO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. A esto se lo llama **periodo de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un periodo de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplican a usted. 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):

- por lo general, cuando se ha mudado

- si tiene Medicaid
- si es elegible para recibir "Extra Help" (Ayuda adicional) para pagar sus medicamentos con receta de Medicare
- si no cumplimos nuestro contrato
- si recibe 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)

Los periodos de inscripción varían según su situación.

Para averiguar si usted es elegible para utilizar un periodo 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. Puede elegir:

- otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta
- 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

  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 periodo ininterrumpido de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si luego se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Por lo general, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar su plan.

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.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía:

- **Llame a Servicios del Plan de Salud**.
- Usted puede encontrar la información en el manual ***Medicare y usted 2023***.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

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:
• Otro plan de salud de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se cancelará la inscripción de Elevate Medicare Select (HMO) automáticamente cuando su nuevo plan de cobertura comience.
• Medicare Original *junto con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. • Se cancelará la inscripción de Elevate Medicare Select (HMO) automáticamente cuando su nuevo plan de cobertura comience.
• Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Comuníquese con Servicios del Plan de Salud si necesita más información sobre cómo hacerlo. • 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 Select (HMO) cuando comience la cobertura en Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que termine su membresía y comience la nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo la atención médica y los medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de la red para recibir atención médica.**

- **Continúe utilizando nuestras farmacias de la red o el envío por correo para adquirir sus medicamentos con receta**.
- **Si se lo ingresa en el hospital el día que su membresía se cancela, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que se le dé de alta** (aunque se le dé de alta después de que inicie su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Elevate Medicare Select (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Elevate Medicare Select (HMO) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- 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, llame a Servicios del Plan de Salud para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra en el área de servicio de nuestro plan.
- Si se lo encarcela (va a prisión).
- Si usted ya 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. (No podemos obligarlo a que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos la autorización de Medicare).
- 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).
- 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 y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener información adicional?

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios del Plan de Salud.

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Elevate Medicare Select (HMO) 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, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si 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.

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

La ley principal que rige este documento de *Evidencia de cobertura* 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. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos a ninguna persona por raza, grupo étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, historia médica, información genética, pruebas de asegurabilidad o 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 (Civil Rights Act) de 1964; la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973; la Ley de Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975; la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), la sección 1557 de la Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act) 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 los EE. UU. al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) en https://www.hhs.gov/ocr/index.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llame a Servicios del Plan de Salud. 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 los 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 Select (HMO), como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el secretario ejerce

conforme a los reglamentos de los 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.

- 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 por completo 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.

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 herramientas 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 777 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 reclamos 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 los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) de manera electrónica a través del Portal para 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
TDD: 800-537-7697

Los formularios para quejas se encuentran disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Prospecto en varios idiomas

Servicios de intérpretes de varios idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-956-2111. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-956-2111. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-956-2111。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: **您**對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-956-2111。我們講中文的人員將樂意為**您提供幫助。這** 是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-956-2111. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-956-2111. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-956-2111 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-956-2111. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-956-2111 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-956-2111. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-956-2111. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-956-2111.

पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-956-2111.

Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-956-2111.Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-956-2111. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-956-2111. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-877-956-2111. にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサービスです。

CAPÍTULO 12:
Definiciones de palabras importantes

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.

Área de servicio: es el área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. 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 debe cancelar la inscripción si usted se muda de forma permanente fuera del área de servicio del plan.

Asistente de atención domiciliaria: es una persona que 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).

Atención de emergencia: son los servicios cubiertos que: (1) brinda 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 centro 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 centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de la atención incluyen la terapia física o las inyecciones intravenosas que solo pueden aplicar un enfermero diplomado o por un médico.

Autorización previa: es la aprobación previa para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están en la tabla de beneficios, en el capítulo 4. 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.

Centro de cuidados paliativos: es un beneficio mediante el cual se ofrece un tratamiento especial para un miembro con certificación médica como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. 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.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio 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.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra a Medicare.

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 (por ejemplo, $10) en lugar de un porcentaje.

Coseguro: es el monto que usted tiene que pagar expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como la parte que le corresponde a usted del costo por los servicios o medicamentos con receta después de que paga cualquier deducible.

Costo compartido: hace referencia a los montos que el miembro debe pagar por los servicios o medicamentos recibidos. 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.

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 que brindan personas sin experiencia o capacitación profesional incluye la ayuda 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 pague.

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 documento.

Determinación de la organización: es una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o cuánto debe pagar por los servicios o artículos cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se conocen como "decisiones 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 (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), pérdida de una extremidad o pérdida de función de una extremidad, o la pérdida o problema grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora con rapidez.

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, 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 considerárselo un "paciente ambulatorio".

Etapa de cobertura catastrófica: 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 $7,400 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 $4,660 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* (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 nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el que solicita o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (excepción al *Formulario de medicamentos*).

Extra Help (Ayuda adicional): es el programa estatal o 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 Select (HMO), 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: es una farmacia que tiene contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta se cubren 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. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no tienen la cobertura de nuestro plan, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Indicación médicamente 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.

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 periodo determinado.

Lista de medicamentos **cubiertos (*Formulario de medicamentos* o "*Lista de medicamentos*")**: es la lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

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 estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de la atención médica se cubrirán si cumple con los requisitos para recibir los beneficios de Medicare y Medicaid.

Médicamente 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: 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 por lo general no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya expirado.

Medicamento genérico: medicamento con receta que la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) determina que tiene la misma droga activa 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 tener la cobertura a través de la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicare Original ("Medicare Tradicional" o Medicare "Fee-for-Service"): Medicare Original se ofrece a través del 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 se cubren 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).

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 (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como 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 dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por 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.

Nivel de costo compartido: cada medicamento en la *Lista de medicamentos* cubiertos está en uno de seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo del medicamento.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (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.

Parte C: consulte "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D: Programa Voluntario de Beneficios de Medicamentos con Receta de Medicare.

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 periodo ininterrumpido de 63 días o más luego de que se considere elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

Período de beneficios: es la forma en que tanto nuestro plan y Medicare Original mide su uso de los servicios hospitalarios y del centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que usted ingresa en un hospital o en un centro 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 centro de enfermería especializada después de que se haya terminado un período de beneficios, comenzará un período nuevo. Debe pagar el deducible para los 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 el periodo entre el 1 de enero y el 31 de marzo 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 periodo, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un periodo de 3 meses luego de que una persona se considere elegible para obtener Medicare por primera vez.

Periodo de inscripción anual: es un periodo que se extiende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar el plan de medicamentos o de atención médica, o cambiar a Medicare Original.

Periodo de inscripción especial: es un periodo en el que los miembros pueden cambiar sus planes de medicamentos o de atención médica, o volver a Medicare Original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un periodo de inscripción especial incluyen si se muda fuera del área de servicio, si recibe "Extra Help" (Ayuda adicional) con los costos de los medicamentos con receta, si se muda a un hogar para personas mayores o si infringimos nuestro contrato con usted.

Periodo de inscripción inicial: cuando usted es elegible para Medicare por primera vez, es el periodo en que puede inscribirse para la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65, incluye el mes en que cumple 65, y finaliza 3 meses después de que cumple 65.

Plan de organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): es un plan 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 serán, por lo general, 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 se ofrece mediante 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, planes Medicare Cost, planes para necesidades especiales, 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 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 la misma herramienta respectiva de evaluación de nivel de atención del estado y la debe administrar 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 inscribir 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 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), un establecimiento psiquiátrico para pacientes hospitalizados o centros aprobados por los CMS que prestan servicios similares de atención médica a largo plazo que cuentan con la cobertura de la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid, y cuyos residentes tienen necesidades y un estado de atención médica similares a los otros tipos de centros mencionados. Un plan institucional para necesidades especiales 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 i) una HMO, ii) una PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) una cuenta de ahorro médico Medicare (Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un plan para necesidades especiales (SNP). 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**.

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. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Plan para necesidades especiales de atención crónica: los planes para necesidades especiales de atención crónica (Chronic-Care Special Needs Plans, C-SNP) restringen la inscripción a las personas con afecciones crónicas específicas graves o discapacitantes, según lo definido en el título 42 del CFR, artículo 422.2. Un C-SNP debe tener atributos específicos que van más allá de la prestación de servicios básicos y de la coordinación de atención de la Parte A y la Parte B de Medicare que se exige a todos los planes de atención coordinada de Medicare Advantage, a fin de recibir la designación especial y las adaptaciones de marketing e inscripción brindadas a los C-SNP.

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.

Planes para necesidades especiales con doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP): los D-SNP permiten que se inscriban las personas que tienen derecho a recibir Medicare (título XVIII de la Ley de Seguro Social [Social Security Act]) y la asistencia médica de un plan estatal conforme a Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza "Medigap" (seguro complementario de Medicare): es un seguro complementario a Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir "faltas" en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con el plan de Medicare Original. (Un plan 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.

Prótesis y aparatos ortopédicos: son los dispositivos médicos que incluyen, entre otros, 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.

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. 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.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que se utiliza para denominar a médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y demás centros de atención médica con licencia o certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los **"proveedores de la red"** 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. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o establecimiento fuera de la red: es un proveedor o establecimiento que no tienen un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen ni operan con nuestro plan.

Queja: el nombre formal para "realizar una queja" es "presentar una queja". El proceso de quejas se usa *solo* 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. También incluye quejas si el plan no cumple con plazos en el proceso de apelación.

Queja: es un tipo de queja que usted realiza sobre nuestro plan, los proveedores o una de las farmacias, incluida una queja relacionada con la calidad de la atención. 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 deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluyo los beneficios extra, como los beneficios oftalmológicos, odontológicos y de audición que podría ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministros médicos cubiertos por nuestro plan.

Servicios de atención de urgencia: son servicios cubiertos que no son de emergencia y se prestan cuando los proveedores de la red no están disponibles o son inaccesibles de manera temporal, o cuando el inscrito está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios.

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.

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, como el tiempo que el farmacéutico se toma 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.

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.

ELEVATE MEDICARE ADVANTAGE
Denver Health Medical Plan

Servicios del Plan de Salud de Elevate Medicare Select (HMO)

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

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 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	Colorado Department of Regulatory Agencies 1560 Broadway, Suite 110 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.*