



Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

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

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 2025. **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. (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. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), es ofrecido por Elevate Medicare Advantage (Elevate Medicare Advantage). (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 [Elevate Medicare Advantage]. En los lugares en que se habla de “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Elevate Medicare Choice [HMO D-SNP]).

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

Es posible que los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguros cambien el 1 de enero de 2026.

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.

Elevate Medicare Advantage es un plan HMO aprobado por Medicare. La inscripción en Elevate Medicare Advantage depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un contrato por escrito con Health First Colorado para coordinar los beneficios de Medicaid.

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_001EOC25v3_C

Evidencia de cobertura 2025

Índice

CAPÍTULO 1: <i>Introducción para miembros</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	8
SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá	10
SECCIÓN 4 Los costos mensuales de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)	12
SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual	15
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan	15
SECCIÓN 7 ¿Cómo funciona la cobertura si tiene otro seguro y nuestro plan?	16
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	18
SECCIÓN 1 Contactos de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios del Plan de Salud)	19
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)	25
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	29
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario	31
CAPÍTULO 3: <i>Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos</i>	32
SECCIÓN 1 Lo que debe saber para obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan	33
SECCIÓN 2 Uso de los proveedores de la red del plan para recibir atención médica y otros servicios	35
SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención, o durante una catástrofe	38
SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si se le factura directamente por el costo completo de los servicios?	40

SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?	41
SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención en una institución religiosa de atención médica sin carácter médico	43
SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad de equipo médico durable	44
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)</i>		46
SECCIÓN 1	Comprender los servicios cubiertos	47
SECCIÓN 2	Use la <i>tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto	48
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)?	97
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	97
CAPÍTULO 5: <i>Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D.</i>		106
SECCIÓN 1	Introducción	107
SECCIÓN 2	Adquirir los medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan	108
SECCIÓN 3	Los medicamentos deben estar en la <i>Lista de medicamentos</i> del plan	112
SECCIÓN 4	Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos	114
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía?	115
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia?	118
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	120
SECCIÓN 8	Obtener un medicamento con receta	122
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	122
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de las medicaciones	123
SECCIÓN 11	Le enviamos informes que explican los pagos de los medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra usted	126
CAPÍTULO 6: <i>Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D</i>		128
CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>		130
SECCIÓN 1	Situaciones en las que usted debe pedirnos que paguemos por los servicios o medicamentos cubiertos	131
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió	133

SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y responderemos afirmativa o negativamente	134
CAPÍTULO 8:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	136
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	137
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	144
CAPÍTULO 9:	<i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	146
SECCIÓN 1	Introducción	147
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	148
SECCIÓN 3	Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe utilizar?.....	148
SECCIÓN 4	Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicare	149
SECCIÓN 5	Una guía para los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	150
SECCIÓN 6	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	154
SECCIÓN 7	Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	163
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente hospitalizado prolongada si piensa que le dan el alta demasiado pronto.	173
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que continuemos con la cobertura de ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza demasiado pronto	179
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otras instancias.....	183
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente u otras inquietudes.....	186
SECCIÓN 12	Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid	190
CAPÍTULO 10:	<i>Cancelación de su membresía en el plan</i>	191
SECCIÓN 1	Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan	192
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	192
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....	196
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	198
SECCIÓN 5	Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	198

CAPÍTULO 11: Avisos legales	200
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente.....	201
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación.....	201
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	202
CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes	203

CAPÍTULO 1:

Introducción para miembros

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

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

Eligió Medicare para obtener cobertura de medicamentos con receta y de atención médica a través de nuestro plan, Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP). 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 Choice (HMO D-SNP) es un plan especializado de Medicare Advantage (un plan para necesidades especiales de Medicare), lo cual significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades de atención médica especiales. Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

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

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

Capítulo 1: Introducción para miembros

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 <i>Evidencia de cobertura</i>?
--------------------	--

En este documento de *Evidencia de cobertura* se le informa cómo recibir la cobertura en la atención médica y los medicamentos con receta de Medicare. 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 Choice (HMO D-SNP).

Es importante que usted aprenda cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que dedique un tiempo para 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 <i>Evidencia de cobertura</i>
--------------------	---

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

El contrato está en vigencia durante los meses en que usted esté inscrito en Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2025. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [Centers for Medicare & Medicaid Services]) debe aprobar el plan Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) cada año. Cada año,

Capítulo 1: Introducción para miembros

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.
- Vive en nuestra área geográfica de servicios (en la sección 2.3, 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.
- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad descritos a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para ser miembro de nuestro plan

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

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

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

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

Capítulo 1: Introducción para miembros

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** 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 con beneficios completos de Medicaid (SLMB+):** Paga las primas de la Parte B y proporciona beneficios completos de Medicaid en conformidad con el plan estatal.

Sección 2.3	Esta es el área de servicio del plan Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)
--------------------	---

Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) está disponible solo para 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. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Colorado: Adams, Arapahoe, 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 muda, 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 2.4	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 Choice (HMO D-SNP) si usted no es elegible para continuar siendo miembro según este requisito. Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) tiene la obligación de cancelar la inscripción si usted no cumple con este requisito.

Capítulo 1: Introducción para miembros**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. La siguiente es una tarjeta de membresía como ejemplo para mostrarle el aspecto que tendrá la suya:

ELEVATE MEDICARE CHOICE (HMO D-SNP)

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

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




In case of emergency call 911 or go to the nearest emergency room. ER/UC is covered anywhere in the U.S. This card does not prove membership or guarantee coverage. Prior Authorization may be required for some services.
DenverHealthMedicalPlan.org

Health Plan Services 1-877-956-2111 TTY: 711 NurseLine 303-739-1261	Delta Dental of CO 1-800-610-0201 Group #: R0008-02 Prescription Drug MedImpact: 1-877-391-9291
--	--

Paper Claims:
P.O. Box 6300 • Columbia, MD 21045 • EDI Payer ID: 84-131

NO utilice su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para recibir los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro del presente plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), es posible que deba pagar el costo completo de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que deba mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios del centro de cuidados paliativos o para participar en estudios rutinarios de investigación (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 actual y los prestadores de equipos médicos durables. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, prestadores de equipos médicos durables, 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 la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios

Capítulo 1: Introducción para miembros

dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores y prestadores está disponible en nuestro sitio web: [DenverHealthMedicalPlan.org](https://www.denverhealthmedicalplan.org).

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una (en formato electrónico o impreso) a Servicios del Plan de Salud. Las solicitudes para obtener una copia impresa de los *Directorios de proveedores* se le enviarán por correo postal en un plazo de tres días hábiles.

Sección 3.3	<i>Directorio de farmacias</i>
--------------------	---------------------------------------

El *Directorio de farmacias* disponible en [DenverHealthMedicalPlan.org](https://www.denverhealthmedicalplan.org) 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: <https://www.denverhealthmedicalplan.org/>.

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

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 Choice (HMO D-SNP). El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la *Lista de medicamentos* de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).

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 (<https://www.denverhealthmedicalplan.org/>) o llamar a Servicios del Plan de Salud.

SECCIÓN 4 Los costos mensuales de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)

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)

Sección 4.1 Prima del plan
--

No paga una prima mensual del plan por separado para el plan Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó más arriba en la sección 2, para ser elegible para nuestro plan debe mantener la elegibilidad para Medicaid así como también tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), Medicaid paga la prima de la Parte A (si no cumple con los requisitos de manera automática) y la prima de la Parte B.

Si Medicaid no le paga las primas de Medicare, debe continuar pagándolas para continuar 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

Como tiene doble elegibilidad, la penalización por inscripción tardía (late enrollment penalty, LEP) no se aplica en su caso siempre y cuando mantenga su condición de doble elegibilidad; sin embargo, si la pierde, puede incurrir en una LEP. 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.

Capítulo 1: Introducción para miembros

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 la Administración de Salud de Veteranos (Asuntos de Veteranos [VA]). 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 esta información porque 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:

- Primero, cuente la cantidad de meses completos en los que retrasó la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare desde que se volvió elegible para inscribirse. También puede contar la cantidad de meses completos en los que no ha tenido cobertura de medicamentos con receta acreditable, si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. 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 \$36.78 para el 2025.
- 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 \$36.78, lo que equivale a \$5.1492. Se redondea a \$5.10. 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.

Capítulo 1: Introducción para miembros

- 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 dos 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	¿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 próximo año, 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. En ello se muestra la cobertura específica de su plan.

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

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, su domicilio o su número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación al trabajador o Medicaid).

Capítulo 1: Introducción para miembros

- 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 tiene que informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que quiere 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.

Capítulo 1: Introducción para miembros

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 o pareja de hecho aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o al menos un empleador que pertenece a un plan de múltiples empleadores que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare porque tiene una ESRD, el plan de salud grupal pagará primero durante los 30 meses iniciales después de que sea elegible para recibir los beneficios de Medicare.

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

- Seguro independiente de la culpabilidad (incluye seguro del automotor).
- Responsabilidad civil (incluye seguro del automotor).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Compensación al trabajador.

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) (cómo 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 Choice (HMO D-SNP). 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. Attn: Health Plan Services 777 Bannock St., Mail Code 6000 Denver, CO 80204
SITIO WEB	https://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 [DenverHealthMedicalPlan.org](https://www.denverhealthmedicalplan.org/) y seleccione “My DHMP Portal” (Mi portal de DHMP) para empezar.

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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

- 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 o los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto	
LLAME AL	Atención médica: 303-602-2111 o llamada gratuita: 1-877-956-2111 Las llamadas a estos números son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Parte D: 303-602-2070 Las llamadas a estos números son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes; de 8 a.m. a 4:30 p.m. sábados, domingos y los principales días festivos.	
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	303-602-2128	
ESCRIBA A	Atención médica: Denver Health Medical Plan, Inc. Attn: Utilization Management 777 Bannock St., Mail Code 6000 Denver, CO 80204	Parte D: MedImpact 10181 Scripps Gateway Ct. San Diego, CA 92131

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Apelaciones para la atención médica o 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: Grievances and Appeals Department 777 Bannock St., Mail Code 6000 Denver, CO 80204

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 o 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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Quejas acerca de la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
ESCRIBA A	Denver Health Medical Plan, Inc. Attn: Grievances and Appeals Department 777 Bannock St., Mail Code 6000 Denver, CO 80204
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja en Internet a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) no tiene permitido reembolsar a los miembros por los beneficios cubiertos de Medicaid. Si tiene preguntas sobre esto, llame a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

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 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 para la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	303-602-2111 o llamada gratuita: 1-877-956-2111 Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Las llamadas a este número son gratuitas.
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	Plan médico: 303-602-2138 Parte D: 303-602-2081

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago para la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto	
ESCRIBA A	Plan médico: Denver Health Medical Plan, Inc. PO Box 6300 Columbia, MD 21045	Parte D: Denver Health Medical Plan, Inc. Attn: Pharmacy Department 777 Bannock St., Mail Code 6000 Denver, CO 80204
SITIO WEB	https://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 (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.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare: información de contacto
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. • Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder): Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de lo que podrían ser sus costos de desembolso directo en planes de Medicare diferentes. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP): • Dígale a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas muy en serio y usará esta información para 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 busca. 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).

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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.

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 ayudarle 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 ayudarle 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 <https://www.shiphelp.org>. (Haga clic en “SHIP LOCATOR” [Localizador del SHIP] en el centro de la página).
- Seleccione su “**STATE**” (**ESTADO**) en la lista. 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: información de contacto
LLAME AL	1-888-696-7213
ESCRIBA A	Colorado Division of Insurance 1560 Broadway, Suite 850 Denver, CO 80202
SITIO WEB	https://doi.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 Acentra Health.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Acentra Health 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. Acentra Health es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Acentra Health 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	Acentra Health (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Colorado): información de contacto
LLAME AL	Número gratuito 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 10 a.m. a 4 p.m., hora estándar del Pacífico.
TTY	855-843-4776
ESCRIBA A	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.acentraqio.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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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.

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

- **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 calificado de Medicare con beneficios completos de Medicaid (QMB+):** Medicaid paga las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos).

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

- **Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare con beneficios completos de Medicaid (SLMB+):** Paga las primas de la Parte B y proporciona beneficios completos de Medicaid en conformidad con el plan estatal.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con 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	303 E 17th Ave, Denver, CO 80203
SITIO WEB	healthfirstcolorado.com

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

Método	Defensor del pueblo para el Programa de Atención Administrada por Medicaid: información de contacto
LLAME AL	303-830-3560 o 1-877-435-7123 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	711
ESCRIBA A	Ombudsman for Medicaid Managed Care Program 4500 Cherry Creek South Drive Glendale, CO 80246
SITIO WEB	healthfirstcolorado.com

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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

Método	Programa del Defensor del Pueblo para Atención a Largo Plazo de Colorado: información de contacto
LLAME AL	303-862-3524 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	711
ESCRIBA A	Colorado Long Term Care Ombudsman Program 1575 Sherman St. Denver, CO 80203
SITIO WEB	https://cdhs.colorado.gov/about-cdhs/performance-outcomes-and-reviews/ombudsman-offices/long-term-care-ombudsman

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/basics/costs/help/drug-costs>) se brinda la información sobre cómo reducir los costos de los 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

Debido a que es elegible para recibir los beneficios de Medicaid, cumple con los requisitos para recibir, y recibe “Extra Help” (Ayuda adicional) de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. No necesita hacer nada más para recibir “Extra Help” (Ayuda adicional).

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

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

Si 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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

ha establecido) para obtener las pruebas de su nivel de copago correcto o, en el caso de que ya tenga las pruebas, brindárnoslas.

- 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 Extra Help (Ayuda adicional) y 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 está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), Extra Help (Ayuda adicional) de Medicare paga primero.

¿Qué sucede si usted tiene Extra Help (Ayuda adicional) y 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 (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. **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 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.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Programa Estatal de Asistencia para Medicamentos (SDAP) de Colorado: información de contacto
LLAME AL	303-692-2716 Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.
TTY	711
ESCRIBA A	CDPHE Care and Treatment Program ADAP-3800 4300 Cherry Creek Drive South Denver, CO 80246
SITIO WEB	https://cdphe.colorado.gov/state-drug-assistance-program

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es un organismo federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios de todo el país y sus familias. Si 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 <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

CAPÍTULO 3:

*Uso de la cobertura del plan para sus
servicios médicos y otros servicios
cubiertos*

Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

En este capítulo se explica lo que debe saber para usar el plan de manera que su atención médica y otros servicios estén cubiertos. 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 y otros servicios están cubiertos por nuestro plan, consulte la tabla de beneficios que se encuentra en el próximo capítulo, en el capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto*).

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 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 no paga nada por los servicios cubiertos.
- 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 y otros servicios cubiertos por el plan

Como plan de salud de Medicare, Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Medicare Original, como se indica en el capítulo 4.

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

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

Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- **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.
- **Debe recibir la atención de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la sección 2 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 al respecto y para ver qué significa emergencia o servicios de atención de urgencia, consulte la sección 3 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, cubriremos estos servicios sin costo alguno para usted. Para obtener información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la sección 2.3 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 exceder 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.

Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

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

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

Un PCP es un proveedor de la red seleccionado por usted para recibir y coordinar su atención médica.

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?

Por lo general, un PCP se especializa en lo siguiente: los médicos de medicina interna, medicina familiar y geriatras. Un PCP puede ser un médico (doctor of medicine, MD), médico osteópata (doctor of osteopathy, DO), enfermero profesional o asistente médico.

¿Cuál es la función de un PCP?

Un PCP es responsable de sus necesidades de atención médica de rutina y de la coordinación de su atención médica. Cuando necesite servicios más especializados, su PCP organizará los servicios cubiertos. Algunos servicios que su PCP puede coordinar incluyen las radiografías, las pruebas de laboratorio o la cita con un médico especialista. También trabajará con usted para enviar las autorizaciones si es necesario. 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.

¿Cómo elige a su PCP?

Puede elegir un PCP a través del *Directorio de proveedores* disponible en <https://www.denverhealthmedicalplan.org/>, o llame a Servicios del Plan de Salud para obtener una copia impresa.

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.

El cambio entrará en vigencia de inmediato cuando programe una cita con un nuevo proveedor. No es necesario que le avise al plan cuando cambia de PCP.

Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**Sección 2.2 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.
- Su PCP puede remitirlo a un especialista. No necesita la aprobación del plan para consultar con un proveedor de la red. Sin embargo, ciertos servicios médicos requieren una autorización previa (o aprobación previa) del plan para asegurar que los servicios solicitados sean médicamente necesarios y un beneficio cubierto. Si necesita un servicio que requiere autorización previa, su PCP o proveedor trabajará con el plan para obtener dicha aprobación. Consulte la sección 2.1 del capítulo 4 para obtener más información sobre qué servicios requieren autorización previa. Una vez que el plan recibe su solicitud, tenemos hasta 14 días 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]*).

¿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.
- Le notificaremos que su proveedor abandonará nuestro plan, de modo que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, se lo notificaremos si ha acudido a ese proveedor en los últimos tres años.

Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, recibe actualmente atención de él o ha acudido a este en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir una atención continua.
- Si actualmente está bajo tratamiento médico o recibe terapias con su proveedor actual, 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 o terapias.
- Le informaremos sobre los distintos periodos de inscripción que tiene a su disposición y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. 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 a 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 2.3	Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red
--------------------	---

Usted o su proveedor deben obtener autorización previa para los servicios que no estén disponibles dentro de su red. Es posible que el plan pague los servicios autorizados si obtiene una autorización aprobada. En caso de emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano.

No se requiere autorización para la atención de emergencia.

Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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. Elevate Medicare Advantage 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.

Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

¿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 cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una emergencia es un servicio de atención de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, teniendo en cuenta la hora, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de atención de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o los brotes imprevistos de afecciones actuales. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias a un proveedor, como los controles anuales, no se consideran urgentes aunque esté fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible de manera temporal.

Si necesita servicios de atención de urgencia, diríjase al centro de atención de urgencia más cercano. Como miembro de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), tiene cobertura en cualquier atención de urgencia en los EE. UU.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de atención de urgencia, ni ningún otro servicio de atención 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.

Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Visite el siguiente sitio web: [DenverHealthMedicalPlan.org](https://denverhealthmedicalplan.org) para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria 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 los servicios cubiertos

Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) no tiene permitido reembolsar a los miembros por los beneficios cubiertos de Medicaid.

Si pagó los servicios cubiertos o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información acerca de cómo proceder.

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

Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) no tiene permitido reembolsar a los miembros por los beneficios cubiertos de Medicaid.

Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) 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. Antes de pagar el costo del servicio, póngase en contacto con la oficina de Medicaid de su estado para averiguar si el servicio está cubierto por Health First Colorado, el Programa Medicaid de Colorado.

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.

Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios por los que nuestro plan es responsable que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Entre ellos se incluyen determinados beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacionales que requieren cobertura con desarrollo de pruebas (national coverage determinations requiring coverage with evidence development, NCD-CED) y los ensayos de estudios de exención de dispositivos para investigación (investigational device exemption, IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Aunque no es necesario obtener el permiso de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los inscritos de Medicare Advantage por Medicare Original, lo alentamos a que nos avise con anticipación cuando elija participar en los ensayos clínicos calificados por Medicare.

Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan también pagará una parte de los costos. Al igual que para todos los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos que obtenga en el estudio de investigación clínica.

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.
- Los artículos y servicios ofrecidos habitualmente por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita por cualquier inscrito en el ensayo.

¿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/sites/default/files/2019-09/02226-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.

Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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.

Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

Al obtener servicios de una institución religiosa de atención médica sin carácter médico, se aplican los límites de cobertura de 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 Choice (HMO D-SNP), por lo general no será dueño de los artículos alquilados de DME sin importar la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realiza hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME a través de Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. En circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo de DME. 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.

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

Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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 la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) 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 Choice (HMO D-SNP) 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 prestador 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)*

SECCIÓN 1 Comprender los servicios cubiertos

En este capítulo se encuentra una tabla de beneficios médicos en la que se enumeran sus servicios cubiertos como miembro de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites sobre ciertos servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por los servicios cubiertos
--

Como usted obtiene asistencia de Medicaid, no paga nada por los servicios cubiertos, siempre que siga las reglas del plan para obtener la atención médica. (Consulte el capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas del plan respecto de cómo recibir atención médica).

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?

Nota: Como nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el máximo de desembolso directo. No es responsable de pagar ningún costo de desembolso directo para alcanzar el monto máximo de desembolso directo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en el monto de desembolso directo que debe pagar cada año por los servicios médicos que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo de desembolso directo (maximum out-of-pocket, MOOP) por los servicios médicos. Para el año calendario 2025, este monto es \$9,250.

Los montos que paga por los copagos y el coseguro de los servicios cubiertos 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 \$9,250, ya no pagará más costos de desembolso directo durante el resto del año en lo que respecta a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B).

SECCIÓN 2 Use la *tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto

Sección 2.1 Sus beneficios médicos 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 Choice (HMO D-SNP). 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.
- Para los nuevos inscritos, su plan de Medicare Advantage (MA) de atención coordinada debe facilitar un periodo de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede exigir autorización previa para ningún tratamiento activo, aunque el tratamiento se haya iniciado con un proveedor fuera de la red.
- 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 atención de emergencia o urgencia o a menos que su plan o proveedor de la red le hayan dado una autorización previa. 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.
- 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 (†). Además, los siguientes servicios no incluidos en la tabla de beneficios requieren autorización previa cuando se realizan en una ubicación para pacientes hospitalizados, ambulatorios u consultorio: Cirugía bariátrica, blefaroplastia (levantamiento de cejas), procedimientos de seno, dermoabrasión por exfoliación química, depilación por electrólisis (la remoción de vello con electrólisis/láser en sitios quirúrgicos y no quirúrgicos puede cubrirse con autorización previa si tiene un diagnóstico confirmado de disforia de género), remediación quirúrgica del intersexualismo, implantes penianos y venas varicosas.

Otros aspectos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted cuenta con cobertura tanto de parte de Medicare como de Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. Medicaid cubre el costo compartido para los servicios de Medicare, incluidos los copagos y el coseguro. Medicaid también cubre los servicios que Medicare no cubre, como la atención a largo plazo, los medicamentos de venta libre y los servicios a domicilio y en la comunidad.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si desea recibir más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, busque en su manual *Medicare y usted 2025*. 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.
- Si Medicare agrega la cobertura para un nuevo servicio durante el año 2025, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si está dentro del período de 6 meses de lo que se considera elegibilidad continua, seguiremos brindando todos los beneficios cubiertos de Medicare del plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo, es posible que sea responsable de algunos de los costos de desembolso directo que antes pagaba con los beneficios de Medicaid o QMB. Entre los costos que podría tener que pagar se incluyen las primas de la Parte A o B, los deducibles, los copagos y el coseguro. Si no vuelve a cumplir con los requisitos para recibir los beneficios de Medicaid/QMB o no se inscribe en un plan de Medicare diferente al finalizar el periodo de consideración de seis meses, cancelaremos su inscripción en Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).

Usted no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre los beneficios para los inscritos que cumplen con los requisitos para recibir “Extra Help” (Ayuda adicional):

- Si recibe “Extra Help” (Ayuda adicional) para pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro, es posible que sea elegible para otros beneficios complementarios específicos o para un costo compartido reducido específico.
- Para obtener más detalles, consulte las filas **FlexCard** y **Modelo de diseño de seguro basado en el valor (Value Based Insurance Design, VBID)** en la siguiente tabla de beneficios médicos.

Todos los miembros son elegibles a través de su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (QMB). Los beneficios incluyen una asignación para alimentos saludables, transporte a ubicaciones relacionadas con la salud y \$0 de costo compartido para la Parte D.

Información importante sobre los beneficios para los inscritos con afecciones crónicas:

- Si se le diagnosticaron las afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos requisitos, puede ser elegible para obtener beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
 - Alcoholismo crónico y otra dependencia de drogas, trastornos autoinmunes, cáncer, 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, accidente cerebrovascular.
- Calificaciones:
 - Beneficio de monitor de presión arterial: Debe estar inscrito en el Programa de Control de la Presión Arterial a través de la gestión de la atención de DHMP y tener un código de diagnóstico elegible para una afección aprobada.
- Consulte la fila *Beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos* en la siguiente tabla de beneficios médicos para obtener más detalles.
- Para saber con exactitud para qué beneficios puede ser elegible, comuníquese con nosotros.

Para obtener una lista de los beneficios cubiertos por Medicaid, consulte el documento *Resumen de beneficios* de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) 2025.



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

Tabla de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

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.

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 enfermedad 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.

\$0 de copago por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare para el dolor lumbar crónico

Servicios que están cubiertos para usted

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

Lo que usted debe pagar
cuando obtiene estos
servicios

Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)

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 Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), artículos 410.26 y 410.27.

Servicios que están cubiertos para usted

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

Lo que usted debe pagar
cuando obtiene estos servicios

Servicios de ambulancia

Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no es de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el establecimiento adecuado más cercano donde se pueda proporcionar la atención, solo 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. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que la afección 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.

\$0 de copago por cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare

\$0 de copago por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare



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.

No hay coseguro, copago ni deducible para las visitas de bienestar anuales.

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.



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.

Servicios que están cubiertos para usted

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

Lo que usted debe pagar
cuando obtiene estos
servicios



Evaluación 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 un pedido 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 servicios de
rehabilitación cardíaca
cubierta por Medicare

\$0 de copago por cada
visita de servicios de
rehabilitación cardíaca
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	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).	
 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 y 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.	\$0 de copago por cada visita al quiropráctico cubierta por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

Lo que usted debe pagar
cuando obtiene estos servicios



Evaluación de detección de cáncer colorrectal

Se cubren las siguientes evaluaciones de detección:

- La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes que presenten un alto riesgo después de una colonoscopia de detección o un enema baritado previos.
- Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presenten un alto riesgo a partir de la última colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o el último enema baritado.
- Evaluaciones de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.
- Pruebas de ADN multiobjetivo en heces para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.
- Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.
- Enema baritado como alternativa a la colonoscopia para los pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema baritado de detección o la última colonoscopia de detección.
- Enema baritado como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no presenten un alto riesgo y tengan 45 años o más. Una vez al menos en 48 meses después del último enema baritado de detección o sigmoidoscopia flexible de detección.

Las evaluaciones de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.

No hay coseguro, copago ni deducible para la evaluación de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, la evaluación de detección se convierte en un examen de diagnóstico.

\$0 de copago por cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare

\$0 de copago por cada enema baritado cubierto por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

Lo que usted debe pagar
cuando obtiene estos servicios

Servicios dentales (cubierto por Medicare)

En general, Medicare Original no cubre los servicios dentales preventivos (tales como la limpieza, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales). Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, en concreto, cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico para la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para el tratamiento de radiación para un cáncer que afecte a la mandíbula o los exámenes orales previos a un trasplante de riñón.

\$0 de copago para los servicios dentales cubiertos por Medicare

Servicios dentales (beneficios extra ofrecidos por DHMP)

Cubrimos servicios dentales limitados, además de los de Medicare Original, 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:

\$0 de copago por todos los servicios dentales cubiertos hasta alcanzar el beneficio máximo anual; se aplican las limitaciones documentadas.

Diagnóstico y preventivo

- limpieza (hasta 2 por año calendario)
- exámenes orales (hasta 2 por año calendario)
- radiografías periapicales (hasta 1 por año calendario)
- radiografías oclusales (hasta 1 por año calendario)
- radiografías de mordida (1 conjunto por año calendario)
- radiografías panorámicas o de boca completa (1 cada 5 años)
- tratamiento de flúor (1 tratamiento por año calendario)
- evaluación del riesgo de caries y prueba pulpar (hasta 2 cada año calendario)

Se restringe para la red PPO de Delta Dental de Medicare Advantage. No se cubren los servicios prestados por proveedores fuera de la red.

Servicios que están cubiertos para usted

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

Lo que usted debe pagar
cuando obtiene estos servicios

Servicios dentales (beneficios extra ofrecidos por DHMP) (continuación)

Básico

- Empastes (hasta 1 por diente por año calendario). Los empastes múltiples en una superficie se pagarán como un único empaste. El reemplazo de un empaste existente se permite si han transcurrido al menos 12 meses desde que se colocó el empaste actual.
- Los empastes compuestos posteriores se pagarán al nivel del empaste de amalgama.
- Retención de pin (1 por periodo de 12 meses).
- Extracciones (1 por diente, de por vida).
- Otra cirugía oral selectiva con revisión de un consultor.
- Endodoncia.
 - tratamiento de conducto radicular inicial (una vez por diente, de por vida)
 - retratamiento (1 en 24 meses)
 - apicectomía (1 en 24 meses)
- Otro tratamiento de endodoncia (1 en 24 meses).
- Periodoncia quirúrgica (1 en 24 meses por cuadrante) si se trata menos de un cuadrante completo, los beneficios se basarán en la tarifa de un cuadrante parcial. La anestesia local y la atención posoperatoria de rutina no se permiten por separado como beneficios.
- Gingivectomía (1 cada 36 meses).
- Procedimiento de colgajo gingival (1 en 36 meses).
 - cirugía ósea e injertos de tejidos blandos
 - injerto de reemplazo óseo
- Periodoncia no quirúrgica (1 cada 36 meses).
 - raspado y alisado radicular (1 cada 2 años calendario por cuadrante)
 - desbridamiento bucal completo (1 cada 3 años calendario)

Usted paga \$0 hasta el beneficio máximo anual de \$5,000 por los servicios dentales preventivos e integrales. Esto significa que una vez que el plan haya pagado \$5,000 en servicios dentales cubiertos, Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) no pagará ningún servicio dental adicional en el año.

**Servicios dentales (beneficios extra ofrecidos por DHMP)
(continuación)**

Complejo

- Incrustaciones, recubrimientos y coronas dentales.
 - Incrustaciones: La asignación de un beneficio alternativo para un empaste de amalgama se hará para el mismo número de superficies; se aplica la frecuencia para los empastes. La diferencia de tarifa se le cobrará al miembro. (1 por diente por año calendario).
 - Coronas y recubrimientos: Se cubren si el diente no se puede restaurar con un empaste de amalgama o compuesto, y si han pasado más de 60 meses desde el último reemplazo. (1 cada 60 meses).
- Reconstrucción de muñón o reconstrucción de perno y muñón (1 servicio por diente cada 60 meses).
- Procedimientos de recementado (1 cada 60 meses).
- Prostodoncia.
 - dentaduras postizas y parciales removibles (1 por arco cada 60 meses)
 - ajustes (después de 6 meses de la colocación, 2 por dentadura durante 12 meses)
 - procedimientos de rebasado y restauración con resina (1 cada 36 meses por aparato)
 - acondicionamiento de tejidos (2 por arco cada 36 meses)
- Reparaciones (sin frecuencia después de los seis meses posteriores a la colocación).
- Dentaduras postizas parciales fijas (puentes): El puente fijo inicial está cubierto. El reemplazo de un puente fijo existente está cubierto si el puente fijo existente tiene más de 60 meses de antigüedad. No se cubre para niños menores de 16 años.
- Servicios adjuntos.
 - tratamiento paliativo (cubierto como un beneficio aparte si no se proporciona ningún otro servicio durante la visita, excepto un examen o radiografías)
 - seccionamiento de dentaduras parciales fijas
 - sedación profunda y anestesia general solo cuando se utiliza en conjunto con la cirugía bucal cubierta

Servicios que están cubiertos para usted † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).		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 Choice (HMO D-SNP) 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 de copago
 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.
 Evaluaciones 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. Podría ser elegible para recibir hasta dos evaluaciones de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de la evaluación de detección de diabetes más reciente.		No hay coseguro, copago ni deducible para las evaluaciones de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

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.
- 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 los suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare

\$0 de copago para zapatos o plantillas terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare

\$0 de copago para los servicios de capacitación para el automanejo de la diabetes cubiertos por Medicare

† Los suministros de prueba para diabéticos de Trividia Health, Dexcom y algunos sistemas de monitoreo continuo de glucosa FreeStyle Libre no requieren autorización previa. Los demás proveedores requieren autorización.

Servicios que están cubiertos para usted

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

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: [DenverHealthMedicalPlan.org](https://denverhealthmedicalplan.org).

\$0 de copago por el equipo médico durable cubierto por Medicare

Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es un copago de \$0 cada período de beneficios (los primeros 36 meses de cada 5 años).

El costo compartido no cambiará después de haber permanecido inscrito durante 36 meses.

† Se requiere autorización previa para todos los DME y las prótesis con un precio de compra de \$500 o mayor, y para todos los alquileres de DME.

Servicios que están cubiertos para usted

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

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.

\$0 de copago por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare

Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que se establezca su afección de emergencia, puede 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

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

Lo que usted debe pagar
cuando obtiene estos servicios

FlexCard

Artículos de venta libre y alimentos saludables

Hasta \$2,280 por año:

Con este beneficio, recibirá una tarjeta recargable en la que se deposita su asignación para obtener múltiples beneficios y recompensas. Cada trimestre, la asignación se cargará automáticamente en su FlexCard.

\$260 por trimestre para artículos de venta libre elegibles

- Los fondos deben utilizarse únicamente en los minoristas participantes y para los artículos elegibles.
- Los fondos no utilizados caducan al final de cada trimestre o en el momento de la cancelación de inscripción.
- La asignación para miembros está disponible en su tarjeta recargable al comienzo de cada trimestre del año del plan (enero, abril, julio y octubre).

Para obtener más información sobre los artículos y las ubicaciones elegibles, visite

<https://www.denverhealthmedicalplan.org/> o comuníquese con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o 1-877-956-2111 (TTY 711). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

FlexCard de modelo de diseño de seguro basado en el valor (VBID): alimentos saludables

Todos los miembros son elegibles para recibir este beneficio a través de su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (QMB).

\$310 por trimestre para artículos de alimentos saludables elegibles a través del modelo de diseño de seguro basado en el valor (VBID)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).	
Servicios de audición Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención ambulatoria cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Además, cubrimos lo siguiente: • hasta un examen de audición de rutina complementario cada tres años • hasta \$1,500 para audífonos complementarios (ambos oídos combinados) cada tres años • adaptación/evaluación ilimitada para los audífonos complementarios	\$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio \$0 de copago por cada examen de audición de rutina \$0 de copago por cada visita de adaptación/evaluación de audífonos Monto máximo de cobertura del plan de \$1,500 cada 3 años (ambos oídos combinados) para audífonos con receta
 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

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

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 los servicios médicos a domicilio cubiertos por Medicare

† Se requiere autorización previa después de los primeros 30 días.

Servicios que están cubiertos para usted

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

Lo que usted debe pagar
cuando obtiene estos servicios

Terapia de infusión intravenosa domiciliaria

La terapia de infusión intravenosa 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).

\$0 de copago para los servicios de terapia de infusión intravenosa domiciliaria cubiertos por Medicare

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 intravenosa domiciliaria y los medicamentos de infusión domiciliaria suministrados por un prestador de terapia de infusión domiciliaria calificado

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.

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 Choice (HMO D-SNP).

Servicios que están cubiertos para usted

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

Lo que usted debe pagar
cuando obtiene estos servicios

Cuidados paliativos (continuación)

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

\$0 por los servicios de consulta del centro de cuidados paliativos de Medicare (por única vez)

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 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.

Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare no relacionados con su pronóstico terminal: si necesita servicios que no son 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).

Servicios que están cubiertos para usted

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

Lo que usted debe pagar
cuando obtiene estos
servicios

Cuidados paliativos (continuación)

Para los servicios que están cubiertos por Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) 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 se relacionen o no con el 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 9.3 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

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

Lo que usted debe pagar
cuando obtiene estos
servicios



Vacunas

Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen lo siguiente:

- vacunas contra la neumonía
- vacunas contra la gripe/influenza, una vez por cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales si son médicamente necesarias
- vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraerla
- vacunas 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 la mayoría de las vacunas para adultos conforme al beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. Consulte la sección 7 del capítulo 6 para obtener información adicional.

No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la COVID-19, neumonía, gripe/influenza y hepatitis B.

Servicios que están cubiertos para usted

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

Lo que usted debe pagar
cuando obtiene estos servicios

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.

El plan cubre 90 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 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
- costos de las salas de operaciones y de recuperación
- terapia física, ocupacional y del habla/lenguaje
- servicios para casos de trastorno por uso de sustancias en pacientes hospitalizados

\$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare

Los copagos por los beneficios 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 por 60 días consecutivos. Si lo ingresan en un hospital después de que se haya terminado el período de beneficios, comenzará un período nuevo. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficio.

Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que se lo ingresará al hospital.

Servicios que están cubiertos para usted

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

Lo que usted debe pagar
cuando obtiene estos servicios

Atención hospitalaria como paciente hospitalizado (continuación)†

- 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 Choice (HMO D-SNP) brinda servicios de trasplante en una ubicación fuera del área habitual de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir el trasplante en esta ubicación distante, arreglaremos o pagaremos los costos adecuados de alojamiento y transporte para usted y un acompañante 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.

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 mismo costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

† Se requiere autorización previa para todos los servicios de rehabilitación aguda.

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 considerárselo un paciente ambulatorio. Si no sabe con certeza si se le considera paciente hospitalizado o paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.

Servicios que están cubiertos para usted

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

Lo que usted debe pagar
cuando obtiene estos servicios

Atención hospitalaria como paciente hospitalizado (continuación)†

También puede obtener más información en una hoja de datos de Medicare que se llama *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en <https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.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.

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.

Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que se lo ingresará al hospital.

\$0 de copago por cada estadía de atención de salud mental como paciente hospitalizado cubierta por Medicare

Los copagos por los beneficios 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 por 60 días consecutivos. Si lo ingresan en un hospital después de que se haya terminado un período de beneficios, comenzará un período nuevo. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficio.

Servicios que están cubiertos para usted

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

Lo que usted debe pagar
cuando obtiene estos servicios

Estadía en el hospital: servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) durante una estadía como paciente hospitalizado 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
- dispositivos protésicos 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 la afección física del paciente
- terapia física, del habla y ocupacional

Cuando su estadía ya no se cubra, estos servicios estarán cubiertos de la manera en que se describe en la tabla de beneficios.

† Se requiere autorización previa para estos servicios.

Beneficio de comidas

Se ofrecen hasta 21 comidas después del alta de cada paciente hospitalizado o internado en un centro de enfermería especializada (SNF). Sin límite de beneficio.

El beneficio se puede utilizar inmediatamente después de la cirugía o los servicios de hospitalización.

\$0 de copago

Servicios que están cubiertos para usted

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

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 solicite.

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 un pedido del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su pedido 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.

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.
- Insulina suministrada a través de un equipo médico durable (como una bomba de insulina médicamente necesaria).
- Otros medicamentos que toma utilizando el equipo médico durable (como los nebulizadores) que el plan autorizó.
- El medicamento para el tratamiento del Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de la medicación, es posible que necesite escaneos y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían añadirse a los costos generales. Hable con su médico sobre los escaneos y las pruebas que puede necesitar como parte del tratamiento.
- Factores de coagulación que usted se inyecta si tiene hemofilia.
- Medicamentos para trasplante/inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para el trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.
- Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en el domicilio, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estuvo relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento.
- Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente capacitada (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.

\$0 de copago para los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare

\$0 de copago para los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare

\$0 de copago para otros medicamentos de la Parte B de Medicare

† Se requiere autorización para algunos medicamentos de la Parte B.

**Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare†
(continuación)**

- Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o el medicamento es un profármaco (la forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en la misma droga activa que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que haya nuevos medicamentos orales contra el cáncer disponibles, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, lo hace la Parte D.
- Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que se utilizan como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas siguientes a la quimioterapia, o se utilizan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas.
- Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal en fase terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio para ESRD de la Parte B lo cubre.
- Medicaciones calcimiméticas dentro del sistema de pago para ESRD, que incluye la medicación intravenosa Parsabiv® y la medicación oral Sensipar®.

Ciertos medicamentos para diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para heparina cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos.

- Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina administrada por inyección si padece una enfermedad renal en fase terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Retacrit®).
- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria.
- Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda).

También cubrimos algunas vacunas conforme al beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos 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.

Servicios que están cubiertos para usted

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

Lo que usted debe pagar
cuando obtiene estos servicios



Evaluaciones 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 las evaluaciones 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 el trastorno por uso de sustancias
- sesiones de terapia individual y grupal
- exámenes toxicológicos
- actividades de admisión
- evaluaciones periódicas

\$0 de copago por los servicios de tratamiento de opioides cubiertos por Medicare

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.

Radiografías ambulatorias

\$0 de copago por los servicios de radiografías cubiertos por Medicare

Servicios radiológicos terapéuticos

\$0 de copago para los servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare (como tratamiento de radiación para el cáncer)

Insumos médicos

\$0 de copago por los insumos cubiertos por Medicare

Servicios de laboratorio

\$0 de copago para los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare

Servicios de sangre

\$0 de copago por los servicios de sangre cubiertos por Medicare

Pruebas y procedimientos de diagnóstico

\$0 de copago por pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare

Servicios radiológicos de diagnóstico

\$0 de copago para los servicios radiológicos cubiertos por Medicare (como IRM y TC)

Servicios que están cubiertos para usted

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

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 considerársele 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 *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en <https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.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 los
servicios de observación
hospitalaria para pacientes
ambulatorios cubiertos por
Medicare

Servicios que están cubiertos para usted

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

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.

\$0 de copago para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare

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 considerársele 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 *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en <https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.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.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).	
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 consejero profesional con licencia (licensed professional counselor, LPC), un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT), un enfermero profesional (Nurse Practitioner, NP), un asistente médico (physician assistant, PA) 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 individual con un psiquiatra cubierta por Medicare \$0 de copago por cada visita de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare \$0 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un profesional de atención de salud mental (que no sea psiquiatra) \$0 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un profesional de atención de salud mental (que no sea psiquiatra)
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 de terapia ocupacional cubierta por Medicare \$0 de copago por cada visita de terapia física o terapia del habla cubierta por Medicare
	† Se requiere autorización previa después de las primeras 30 visitas.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).	
Servicios ambulatorios para casos de trastorno por uso de sustancias Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: psicoterapia individual o grupal, servicios de asesoramiento familiar y medicamentos con receta médicamente necesarios que estén cubiertos por la Parte D de Medicare. Un terapeuta con licencia proporciona los servicios para pacientes ambulatorios en el departamento para pacientes ambulatorios de una clínica o un hospital.	\$0 de copago por cada servicio individual de terapia contra el abuso de sustancias cubierto por Medicare \$0 de copago por cada servicio grupal de terapia contra el abuso de sustancias cubierto 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 servicios cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario ambulatorio

Servicios que están cubiertos para usted

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

Lo que usted debe pagar
cuando obtiene estos
servicios

Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos

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, del terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, y que es una alternativa a los servicios de hospitalización.

El *servicio ambulatorio intensivo* es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio del médico, del terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.

\$0 de copago por día para los servicios de hospitalización parcial y los servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

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 quirúrgicos 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).
 - 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.
- 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 accidente cerebrovascular independientemente de la ubicación.
- Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de la ubicación.

\$0 de copago por cada visita de atención primaria cubierta por Medicare

\$0 de copago por cada visita al especialista cubierta por Medicare

\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare con otros profesionales de atención médica (como enfermeros profesionales y asistentes médicos)

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:
 - Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses previos a la primera visita de telesalud.
 - Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe los servicios de telesalud.
- 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:
 - No es un nuevo paciente.
 - El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días.
 - El control no requiere de una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más próxima disponible.
- Evaluación del video o las imágenes enviadas al médico, y la interpretación y el seguimiento del médico dentro de las 24 horas si:
 - No es un nuevo paciente.
 - La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días.
 - La evaluación no requiere de una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más próxima disponible.
- Consultas realizadas por su médico con otros médicos a través del teléfono, el Internet o la evaluación electrónica del historial médico.
- Segunda opinión por otro proveedor de la red antes de la cirugía.
- Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para el tratamiento de radiación de enfermedad neoplásica maligna, o servicios que estarían cubiertos si los proporcionara un médico).

Servicios que están cubiertos para usted † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).	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	\$0 de copago por cada visita de servicios de podología cubierta por Medicare
 Evaluación de detección de cáncer de próstata Para hombres mayores de 50 años, 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. \$0 de copago por un examen de recto digital anual cubierto por Medicare
Dispositivos ortopédicos, 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, la prueba, adaptación, o capacitación en el uso de dispositivos ortopédicos y protésicos, además de lo siguiente: 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 ortopédicos y protésicos, así como la reparación o el reemplazo de estos dispositivos. También incluye cierta cobertura posterior a la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Para obtener más detalles, consulte Atención de la visión más adelante en esta sección.	\$0 de copago para los dispositivos protésicos y ortopédicos cubiertos por Medicare \$0 de copago para los suministros relacionados cubiertos por Medicare † Se requiere autorización previa para todas las prótesis con un precio de compra de \$500 o mayor.

Servicios que están cubiertos para usted † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).	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 un pedido para la rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	\$0 de copago por cada visita de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare
Tecnologías de acceso remoto El beneficio incluye lo siguiente: • línea directa de personal de enfermería de Denver Health las 24 horas del día, los 7 días de la semana: (303) 739-1211	\$0 de copago por utilizar el beneficio de la línea directa de enfermería
 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 uso incorrecto de alcohol cubierto por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

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 en la actualidad fuman, o que han dejado de fumar en los últimos 15 años, quienes reciben una orden para una LDCT durante una visita de asesoramiento sobre la evaluación de detección de cáncer de pulmón y la toma de decisiones compartidas, que cumplen con los requisitos 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: el miembro debe recibir una orden 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

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

Lo que usted debe pagar
cuando obtiene estos
servicios



Evaluación de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS

Cubrimos evaluaciones de detección de infecciones de transmisión sexual (sexually transmitted infections, ETS) para la clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas evaluaciones de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ETS, cuando un proveedor de atención primaria solicita las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.

También cubrimos hasta dos 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

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 de costo compartido se basa en su inscripción continua en Medicaid o como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).

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 sobre 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).

\$0 de copago por los servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare

\$0 de copago por los servicios de diálisis cubiertos por Medicare

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.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)

(Para ver la definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada se los denomina SNF).

Tiene cobertura por 100 días por período de beneficio para las estadías en el SNF cubiertas por Medicare. 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 tres 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.

Por lo general, le brindarán atención de SNF en los establecimientos de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones descritas más abajo, quizá pueda recibir atención en un establecimiento que no sea un proveedor de la red, si el establecimiento acepta los montos de nuestro plan para el pago.

- 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 o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted abandona el hospital

\$0 de copago por cada estadía en un centro de enfermería especializada (SNF) cubierta por Medicare

Los copagos por los beneficios en un centro de enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficios. El período de beneficio comienza el día en que se lo ingresa y termina cuando no haya recibido atención especializada en un SNF por 60 días consecutivos. Si se lo ingresa en un SNF después de que se haya terminado un período de beneficios, comenzará un período nuevo. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficio.



Dejar de fumar y de utilizar 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.

Beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos

Monitor de presión arterial

Si está inscrito en el Programa de Control de la Presión Arterial y tiene un código de diagnóstico elegible para una afección crónica aprobada, usted es elegible para recibir un monitor de presión arterial. El plan brindará el monitor de presión arterial. El plan no le reembolsará si usted lo compra.

Afecciones crónicas aprobadas: alcoholismo crónico y otra dependencia de drogas, trastornos autoinmunes, cáncer, 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, accidente cerebrovascular.

Un monitor de presión arterial de hasta \$135 (de por vida) por miembro calificado

Este es un beneficio especial para las personas con enfermedades crónicas. No todo los miembros cumplen con los requisitos.

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).

\$0 de copago por cada visita de SET cubierta por Medicare

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.

Servicios de atención de urgencia

Un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una emergencia es un servicio de atención de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si, aunque se encuentre dentro del área de servicio del plan, no es razonable, teniendo en cuenta la hora, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir los servicios de atención de urgencia y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de atención de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o los brotes imprevistos de afecciones actuales. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias a un proveedor, como los controles anuales, no se consideran urgentes aunque esté fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible de manera temporal.

La cobertura de atención de urgencia se limita a los EE. UU.

\$0 de copago por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare

Modelo de diseño de seguro basado en el valor (VBID)

Transporte

Cubrimos transporte médico que no es de emergencia de ida y vuelta a ubicaciones relacionadas con la salud. Los traslados deben programarse al menos 48 horas antes de la cita.

\$0 por los traslados de ida y vuelta ilimitados

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).

Atención de la visión cubierta por Medicare

\$0 de copago por cada examen ocular para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares

\$0 de copago para una prueba de detección de glaucoma anual

Hasta \$245 para lentes de contacto o anteojos con receta (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*.

\$0 de copago para un electrocardiograma (ECG) después de la visita “*Bienvenido a Medicare*”

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)?

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

Para determinar si Medicaid cubre los servicios excluidos de Medicare, contacte a su plan de Medicaid o consulte el *Manual para miembros* de Medicaid.

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

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

En esta sección se le informa qué servicios están excluidos.

En la tabla a continuación se describen algunos servicios y artículos que el plan no cubre en ninguna circunstancia, o que tienen cobertura del plan solo en condiciones 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 6.3 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.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en circunstancias específicas
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.
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.	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
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	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en circunstancias específicas
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Servicios de personal doméstico que incluyen asistencia básica del hogar, como tareas domésticas menores o preparación de comidas livianas	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
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	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Habitación privada en un hospital		Se cubre solo cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros de medicamentos anticonceptivos sin receta	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Atención quiropráctica de rutina		Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras herramientas para tratar problemas de la disminución de la visión	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en circunstancias específicas
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	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	

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) El monto cubierto por un servicio cubierto iniciado pero no completado se limitará al monto determinado por Delta Dental.
- h) La asignación para un asistente de cirujano, cuando Delta Dental determine que es un servicio cubierto, no superará el 20% de los honorarios del cirujano por el mismo servicio cubierto.
- i) Los servicios relacionados con otra categoría de servicios cubiertos pueden estar cubiertos en el mismo porcentaje que la categoría relacionada de servicios cubiertos.
- j) No se compensarán los servicios cubiertos cuando se presten en respuesta a lesiones o afecciones cubiertas por las leyes de indemnización por accidentes de trabajo o de responsabilidad del empleador.
- k) Los servicios cubiertos no se compensarán cuando los brinde una agencia federal o estatal.
- l) No se compensarán los servicios cubiertos sin costo por una ciudad, un condado u otra subdivisión política.
- m) No se compensarán los servicios cubiertos por los cuales la persona no tendría que pagar si no tuviera seguro, como aquellos prestados a un familiar o empleado del proveedor.

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto).

- n) No se compensará ningún servicio cubierto iniciado cuando la persona no esté cubierta en virtud del presente contrato. Esto incluye cualquier servicio iniciado durante un periodo de espera aplicable.
- o) No se compensarán los servicios cubiertos brindados para el tratamiento de defectos de nacimiento o crecimiento, **excepto** por los servicios bucales para el tratamiento de una afección relacionada con el labio leporino o el paladar hendido.
- p) No se compensará ningún servicio cubierto prestado de manera principal con fines cosméticos, excepto cuando se otorgue un beneficio alternativo según lo establecido en el contrato.
- q) La porcelana o resina fusionada con metal para coronas o puentes después del primer molar se consideran servicios cosméticos. La asignación se limitará al servicio cubierto menos costoso que cumpla con los estándares aceptados de atención dental según lo determine Delta Dental, y el paciente será responsable del resto de la tarifa aprobada por el proveedor.
- r) No se compensarán los servicios cubiertos para tratar la estructura dental perdida por erosión, desgaste, abrasión o abfracción.
- s) No se compensarán los servicios cubiertos cuando se presten como resultado de una alineación, oclusión o contorno inadecuados.
- t) No se compensarán los servicios cubiertos relacionados con la estabilización periodontal de los dientes (ferulización).
- u) No se compensarán los servicios cubiertos cuando no resulten exitosos para mejorar la salud bucal del paciente debido a la afección del paciente.
- v) No se compensarán los servicios cubiertos cuando se presten en previsión de una necesidad futura (**excepto** los servicios preventivos cubiertos).
- w) No se compensarán los servicios cubiertos para los procedimientos de injerto cuando se completen en la boca donde no hay dientes.
- x) No se compensarán los servicios cubiertos para injertos de tejidos desde fuera de la boca a la boca.
- y) No se compensarán los servicios cubiertos que no se presten de acuerdo con la ley estatal de Colorado.
- z) No se compensarán los servicios cubiertos si los administra una persona que no sea una persona con licencia para realizarlos.
- aa) No se compensarán los servicios cubiertos para tratar cualquier afección, que no sea una enfermedad, anomalía o afección oral o dental.
- bb) No se compensarán los servicios cubiertos para reemplazar artículos perdidos, robados o dañados.
- cc) No se compensarán los servicios cubiertos para reparar artículos modificados por alguien que no sea un proveedor.
- dd) No se compensarán los servicios cubiertos por los cuales no se habrían efectuado cargos de no ser por esta cobertura, excepto los servicios provistos conforme a Medicaid.
- ee) No se compensarán los servicios cubiertos cuando se presten como resultado de una autolesión.
- ff) No se compensará el injerto óseo cuando se realice en el mismo sitio que una extracción dental, apicectomía o hemisección (**excepto** por el injerto óseo específico para la colocación de implantes si se indica en los servicios cubiertos).
- gg) No se compensarán los servicios cubiertos prestados para el tratamiento de los dientes retenidos en relación con una sobredentadura.
- hh) No se compensará ningún servicio de prostodoncia prestado dentro de los 60 meses de los servicios de restauración especiales que involucren los mismos dientes.

- ii) No se compensará ningún servicio de restauración especial prestado dentro de los 60 meses de los servicios de prostodoncia fijos que involucren los mismos dientes.
- jj) No se compensarán los aparatos prostodónticos removibles (puentes y parciales) en el mismo arco, excepto cuando la dentadura fija (el puente) reemplace los dientes frontales.

EXCLUSIONES DENTALES

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

- ii) Cargos por citas perdidas/canceladas.
- jj) Programas de prevención y control de placas, incluidos los artículos de atención en el hogar.
- kk) Férula provisional.
- ll) Blanqueamiento interno y externo.
- mm) Todo servicio no incluido en los servicios cubiertos.

CAPÍTULO 5:

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

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**¿Cómo puede obtener información acerca de los costos de los medicamentos?**

Debido a que es elegible para recibir los beneficios de Medicaid, cumple con los requisitos para recibir, y recibe “Extra Help” (Ayuda adicional) de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Debido a que usted se encuentra en el programa “Extra Help” (Ayuda adicional), **parte de la información en esta *Evidencia de cobertura* acerca de los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplica a usted.**

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.

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

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 de este capítulo). También puede surtir su receta 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 de este capítulo).

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

- 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 ciertas referencias. (Consulte la sección 3 de este capítulo para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la sección 4 de este capítulo para obtener más información sobre las restricciones en su cobertura).

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: [DenverHealthMedicalPlan.org](https://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 [DenverHealthMedicalPlan.org](https://denverhealthmedicalplan.org).

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

¿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 intravenosa 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. Para localizar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* en [DenverHealthMedicalPlan.org](https://denverhealthmedicalplan.org) o llame a Servicios del Plan de Salud.

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de envío por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de envío por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos provistos a través del envío por correo son aquellos que se toman de manera frecuente, por una afección médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de envío por correo del plan están marcados con un “NM” (sin envío por correo) en nuestra *Lista de medicamentos*.

El servicio de envío por correo del plan requiere que ordene **al menos un suministro 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 al Departamento de Farmacia (Pharmacy Department) (303-602-2070, TTY 711).

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 postal 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 al Departamento de Farmacia (Pharmacy Department) (303-602-2070, TTY 711) para obtener ayuda.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.**

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las nuevas recetas que reciba de los proveedores de atención médica, sin consultar antes con usted, si usted hizo alguna de las siguientes acciones:

- Utilizó los servicios de envío por correo con este plan en el pasado.
- Se inscribe para la entrega a domicilio automática de todas las nuevas recetas que recibe directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento poniéndose en contacto con su farmacia de envíos por correo.

Si recibe una receta automáticamente por correo que no desea, y no se pusieron en contacto con usted para comprobar si la quería antes de enviársela, puede ser elegible para solicitar el reembolso.

Si ha utilizado el servicio de envío por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, póngase en contacto con su farmacia de envíos por correo.

Si nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega por correo o decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para comprobar si desea que la medicación se surta y se envíe inmediatamente. 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 de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de renovación automática. En este programa comenzaremos a procesar su próxima renovación de manera automática cuando nuestros registros indiquen que está a punto de quedarse sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada renovación para asegurarse de que necesita más medicación y puede cancelar las renovaciones programadas si tiene suficiente medicación o si la medicación ha cambiado.

Si usted no utiliza nuestro programa de renovación automática, pero aún desea que la farmacia de envíos por correo le envíe el medicamento con receta, comuníquese con su farmacia entre 20 y 25 días antes de que se acabe su medicamento actual. Esto garantizará que su pedido se envía a tiempo.

Para cancelar voluntariamente la participación en nuestro programa que prepara automáticamente las renovaciones de pedidos por correo, póngase en contacto con su farmacia de envíos por correo.

Si recibe una renovación automáticamente por correo que no desea, puede ser elegible para solicitar el reembolso.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?**

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 frecuente, 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* en [DenverHealthMedicalPlan.org](https://denverhealthmedicalplan.org) 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 posible que se le exija que pague la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

A continuación se enumeran las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta adquiridos 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?

Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) no tiene permitido reembolsar a los miembros por los beneficios cubiertos de Medicaid. Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general deberá pagar el costo completo al momento de adquirir los medicamentos con receta. Puede solicitarnos que le hagamos un reembolso. (En la sección 2 del capítulo 7 se explica cómo solicitarle al plan que le haga un reembolso).

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

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

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

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

El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y cuenta con la aprobación de Medicare.

La *Lista de medicamentos* incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos para usted por los beneficios de Medicaid. Para obtener información sobre los medicamentos que están cubiertos por su plan de beneficios de Medicaid, comuníquese con Health First Colorado: Programa Medicaid de Colorado. La información de contacto se encuentra en el capítulo 2, sección 6 (Medicaid).

Por lo general, cubriremos un medicamento de la *Lista de medicamentos* siempre que usted cumpla con las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y que el medicamento se utilice para 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 Micromedex DRUGDEX

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

La *Lista de medicamentos* incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con una marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. 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. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los genéricos y biosimilares tienen el mismo efecto que el medicamento de marca o el producto biológico original, y usualmente cuestan menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Consulte el capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la *Lista de medicamentos*.

¿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. (Para obtener más información sobre esto, 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	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la <i>Lista de medicamentos</i>?
--------------------	--

Usted tiene 4 formas para averiguarlo:

1. Consulte la *Lista de medicamentos* más reciente que le enviamos por correo electrónico.
2. Visite el sitio web del plan en [DenverHealthMedicalPlan.org](https://denverhealthmedicalplan.org). La *Lista de medicamentos* del sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame 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.

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

4. Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” (<https://www.medimpact.com/plan/dhm>). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* para obtener una estimación de lo que pagará y saber si hay medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* que puedan tratar la misma afección. La herramienta se encuentra en el sitio web del gerente de beneficios de farmacia, MedImpact. Cree una cuenta para usar la herramienta.

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 de la manera más eficaz. 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.

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

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, y el medicamento A es menos costoso, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama **terapia escalonada**.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que presenta su receta en la farmacia. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar una sola píldora al día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

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

Sección 5.1	Hay 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.
- 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.**

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

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 experimenten un cambio en el nivel de atención (p. ej., pasar de un SNF a un centro de atención a largo plazo; le dan de alta del hospital) 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.

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

- **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 7.4 del capítulo 9 se informa qué 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.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**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***
- **agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento**
- **reemplazar un medicamento de marca por la versión genérica del medicamento**
- **reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico**

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

Consulte el capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos discutidos en este capítulo.

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. Esta sección describe los tipos de cambios que podemos hacer a la *Lista de medicamentos* y cuándo recibirá un aviso directo si se realizaron cambios en el medicamento que toma.

Cambios que podemos hacer en la *Lista de medicamentos* que lo afectan durante el año del plan actual

- **Agregar nuevos medicamentos a la *Lista de medicamentos* e inmediatamente eliminar o realizar cambios en un medicamento similar de la *Lista de medicamentos*.**
 - Al añadir una nueva versión de un medicamento a la *Lista de medicamentos*, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambos. La nueva versión del medicamento tendrá las mismas o menos restricciones.
 - Haremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la *Lista de medicamentos*.

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

- Es posible que hagamos estos cambios de inmediato y le informemos más tarde, incluso si toma el medicamento que eliminamos o cambiamos. Si toma el medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre los cambios específicos que hemos realizado.
- **Agregar medicamentos a la *Lista de medicamentos* y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar de la *Lista de medicamentos* con aviso anticipado.**
 - Al añadir otra versión de un medicamento a la *Lista de medicamentos*, podemos eliminar un medicamento similar, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambos. La versión del medicamento que agregamos tendrá las mismas o menos restricciones.
 - Haremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la *Lista de medicamentos*.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que toma.
- **Eliminar 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 después de realizar el cambio.
- **Realizar 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, podemos hacer cambios basados en advertencias en cajas de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de 30 días del medicamento que toma.

Si realizamos alguno de estos cambios en alguno de los medicamentos que está tomando, hable con la persona que emite la receta acerca de las opciones que más le convendrían, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección, o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando. Usted o la persona que emite la receta pueden solicitarnos una excepción para que continuemos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción, consulte el capítulo 9.

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

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

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:

- 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), 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 próximo año.

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.

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). Si se excluye el medicamento, usted deberá pagarlo.

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se cubriría bajo la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

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

- Nuestro plan no puede cubrir el *uso no indicado en la etiqueta* de un medicamento cuando el uso no está apoyado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y la información del sistema Micromedex DRUGDEX. 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).

Además, por ley, las categorías de medicamentos enumeradas a continuación no cuentan con la cobertura de Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos podrían estar cubiertos por la cobertura de medicamentos de Medicaid. Para obtener información sobre los medicamentos que están cubiertos por su plan de beneficios de Medicaid, comuníquese con Health First Colorado: Programa Medicaid de Colorado. La información de contacto se encuentra en el capítulo 2, sección 6 (Medicaid).

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

Si recibe “Extra Help” (Ayuda adicional) para pagar sus medicamentos con receta, el programa “Extra Help” (Ayuda adicional) no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la sección 6 del capítulo 2).

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

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 el medicamento al plan.

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 o puede solicitar a la farmacia que busque sus datos de inscripción en el plan.

Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) no tiene permitido reembolsar a los miembros por los beneficios cubiertos de Medicaid. 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.** Consulte la sección 2 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.

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

Consulte el *Directorio de farmacias* en [DenverHealthMedicalPlan.org](https://denverhealthmedicalplan.org) 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 nuestra red de 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 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.

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

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 similar 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 (Drug Management Program, 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 (DMP). Si utiliza medicaciones opioides que obtiene de varias personas que emiten la receta o farmacias, o si sufrió una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus personas que emiten la receta para asegurarnos de que su uso de medicaciones opioides o benzodiacepinas sea adecuado y médicamente necesario. Al trabajar con las personas que emiten la receta, si decidimos que su uso de medicaciones opioides con receta puede no ser 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 cierta(s) persona(s) que emite(n) la receta
- 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 le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de una persona que emite la receta o una farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué personas que emiten la receta o farmacias prefiere utilizar, así como

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

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 decisión 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 nueva 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 o la anemia falciforme, si está recibiendo servicios del centro de cuidados paliativos, cuidados paliativos o atención en la etapa terminal, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

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

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos crearon el programa para que podamos garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicaciones que exceden un monto específico de costos de 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. Si cumple con los requisitos para el programa, 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 alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicios del Plan de Salud.

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

SECCIÓN 11 Le enviamos informes que explican los pagos de los medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra usted

Sección 11.1	Enviamos un resumen mensual denominado <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (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 **costos de desembolso directo**. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, los pagos de sus medicamentos realizados por familiares o amigos y los pagos realizados por sus medicamentos mediante la “Extra Help” (Ayuda Adicional) de Medicare, los planes de salud del empleador o del sindicato, el Servicio de Salud Indígena, los Programas de Asistencia para Medicamentos contra el Sida, las organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP). Los pagos de TRICARE no cuentan hacia sus costos de bolsillo.
- Llevamos el registro sobre los **costos totales de medicamentos**. Es el total de todos los pagos efectuados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si recibió uno o más medicamentos con receta a través del plan el mes anterior, le enviaremos una 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 costo inferior.** Esto incluirá la información sobre otros medicamentos disponibles con costo compartido inferior para cada reclamo de receta, si corresponde.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 11.2 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.
- Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) no tiene permitido reembolsar a los miembros por los beneficios cubiertos de Medicaid. **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 darnos 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 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, un Programa de Asistencia para Medicamentos Contra el Sida (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y 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.

CAPÍTULO 6:

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

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

Debido a que es elegible para recibir los beneficios de Medicaid, cumple con los requisitos para recibir, y recibe “Extra Help” (Ayuda adicional) de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Debido a que usted se encuentra en el programa “Extra Help” (Ayuda adicional), **parte de la información en esta *Evidencia de cobertura* acerca de los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplica a usted.**

CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitarnos que paguemos
una factura que recibió por servicios
médicos o medicamentos cubiertos*

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Los proveedores de la red le facturan directamente al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos; usted no debe recibir ninguna factura por los servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos la envíe, la revisaremos y decidiremos si los servicios y medicamentos se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor.

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

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 este 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, pida al proveedor que facture el plan.

- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, pídanos que le reembolsemos el dinero. Envíenos la factura, junto con la documentación de todos los pagos que haya hecho.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- 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 el servicio, se lo reembolsaremos.

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

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

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, 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, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debe pedirnos que le reembolsemos los servicios cubiertos.

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. 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. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para informarse sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al negociado para el medicamento con receta.

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* 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 el medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al negociado para el medicamento con receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento se debe cubrir. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que se debe cubrir, pagaremos el servicio o medicamento. 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. **Debe presentarnos su reclamo en un plazo de 12 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Para asegurarse de que nos da toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para solicitar el pago.

- Para los reembolsos médicos, no es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido. Necesitaremos su nombre completo, domicilio postal, id. de miembro del plan de salud, fecha de servicio y un recibo del servicio que incluya la fecha de recepción del servicio.
- Para los reembolsos de la Parte D, necesitaremos su nombre completo, domicilio postal, id. de miembro del plan de salud, fecha del surtido, el recibo y la etiqueta de la farmacia.
- Puede descargar una copia del formulario de nuestro sitio web (<https://www.denverhealthmedicalplan.org/>) o llamar a Servicios del Plan de Salud y solicitar el formulario.

Envíenos por correo postal la solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pago al siguiente domicilio:

Domicilio postal para los reembolsos de reclamos médicos:

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

Domicilio postal para los reembolsos de medicamentos de la Parte D:

Denver Health Medical Plan, Inc.
Attn: Pharmacy Department
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

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 el servicio o medicamento. Si ya ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos por correo postal el reembolso. Si pagó el costo completo de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior a nuestro precio negociado). Si aún no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos por correo postal el pago directamente al proveedor.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o usted *no* cumplió con todas las reglas, no pagaremos por la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta donde se expliquen los motivos por los que no enviaremos el pago y sus derechos a apelar dicha decisión.

Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos por 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. El presente documento está disponible sin costo en español. 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, en un formato que sea 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 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, llame al Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeals Department) al 303-602-2261 para presentar una queja. 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.

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

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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.

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. No le exigimos que obtenga remisiones.

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.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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 Choice (HMO D-SNP), 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.

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*.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- **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 el Departamento de Salud Pública y Ambiental de Colorado (Colorado Department of Public Health and Environment):

4300 Cherry Creek Drive South

Denver, CO 80246

Teléfono: 303-692-2000 TTY: 711

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.**

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades**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/publications/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 y su tarjeta de Medicaid siempre que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Ayude a los médicos y otros proveedores a ayudarlo brindándoles información, haciendo preguntas y continuando con su atención.**
 - Para 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 las primas de Medicare para seguir como miembro del plan.
 - Si tiene que pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos más altos (como se informa en su última declaración de impuestos), tiene que continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para permanecer como miembro del plan.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- Si se muda *dentro* del área de servicio del plan, 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.
- 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)*

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud**

Este capítulo explica los procesos para manejar problemas o inquietudes. El proceso que utilice para manejar su problema depende de dos aspectos:

1. Si el problema es acerca de los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea ayuda para decidir si le conviene usar el proceso de Medicare o el de Medicaid, o ambos, comuníquese con Servicios del Plan de Salud.
2. El tipo de problema que tiene:
 - 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 estos 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.

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

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).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Health First Colorado – Colorado's Medicaid Program

Teléfono: 1-800-221-3943 TTY 711

Domicilio: 303 E 17th Ave, Denver, CO 80203

Sitio web: healthfirstcolorado.com

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

Como usted tiene Medicare y obtiene asistencia de Medicaid, puede usar distintos procesos para manejar su problema o queja. El tipo de proceso que debe usar depende de si el problema es acerca de los beneficios de Medicare o los de Medicaid. Si su problema es acerca de un beneficio cubierto por Medicare, entonces debe usar el proceso de Medicare. Si su problema es acerca de un beneficio cubierto por Medicaid, entonces debe usar el proceso de Medicaid. Si desea ayuda

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

para decidir si le conviene usar el proceso de Medicare o el de Medicaid, comuníquese con Servicios del Plan de Salud.

El proceso de Medicare y el de Medicaid se describen en distintas partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, utilice la tabla a continuación.

¿Su problema es acerca de sus beneficios de Medicare o de Medicaid?

Si desea ayuda para decidir si su problema es acerca de los beneficios de Medicare o de Medicaid, comuníquese con Servicios del Plan de Salud.

Mi problema es acerca de los beneficios de **Medicare**.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **sección 4, Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicare**.

Mi problema es acerca de la cobertura de **Medicaid**.

Avance a la **sección 12** de este capítulo, **Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid**.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 **Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicare**

Sección 4.1	¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas?
--------------------	---

Si tiene un problema o una inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. La tabla que se incluye a continuación lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas sobre los **beneficios cubiertos por Medicare**.

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

Para averiguar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud acerca de sus beneficios de **Medicare**, use esta tabla:

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

Esto incluye problemas con respecto a si la atención médica (artículos, servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte B) tiene cobertura o no, la manera en que se cubre y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **sección 5, Una guía para los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Vaya directamente a la **sección 11** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente u otras inquietudes.**

SECCIÓN 5 Una guía para los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 5.1 Preguntar por las decisiones de cobertura y hacer apelaciones: el panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones abordan los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de la atención médica (servicios, artículos médicos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, por lo general nos referimos a los artículos y servicios médicos, y a los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisiones de cobertura y de apelaciones 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 beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo remite a un especialista médico que no pertenece a la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o que la *Evidencia de*

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

cobertura establezca con claridad que el servicio remitido no está cubierto bajo ninguna circunstancia. 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 una atención médica antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para su caso. En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimará 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 desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explique por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

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 la atención médica, o que Medicare ya no la cubra en su caso. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho, ya sea antes o después de recibir un beneficio, 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 desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimará 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 desestimamos una solicitud de Apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explique por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

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

Si rechazamos toda o parte de su Apelación de Nivel 1 para la atención médica, la apelación pasará de manera automática a una Apelación de Nivel 2 a cargo de una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No tiene que hacer nada para iniciar una Apelación de Nivel 2. Según las reglas de Medicare, se requiere que enviemos su apelación para la atención médica de manera automática al Nivel 2 si no estamos en total acuerdo con su Apelación de Nivel 1.
- Consulte la **sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2 de atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más a fondo en la sección 7 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 10 de este capítulo se explican los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones).

Sección 5.2	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 o en nuestro sitio web: <https://www.denverhealthmedicalplan.org/>).
- Para obtener atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o puede presentar 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.

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

- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su **representante** para pedir una decisión de cobertura o realizar una apelación.
 - 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 o en nuestro sitio web: <https://www.denverhealthmedicalplan.org/>). El formulario le da a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Deberán firmarlo usted y la persona que usted desea que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.
 - 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 antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación se desestimarán. 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 desestimar 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 5.3 ¿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 6** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 7** de este capítulo: Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente hospitalizado prolongada si piensa que le dan el alta demasiado pronto.
- **Sección 9** de este capítulo: Cómo solicitarnos que continuemos con la cobertura de ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza demasiado pronto (*Se aplica únicamente a estos servicios*: atención médica a domicilio, atención en un centro de

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

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 Estatal de Asistencia con el Seguro Médico.

SECCIÓN 6 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1	En esta sección se indica qué hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de la atención médica o si desea que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde de la atención
--------------------	--

Esta sección es acerca de sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se describen en el capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*. 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 6.2.**
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 6.2.**
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 6.3.**
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 6.5.**
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 6.3.**

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

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 6.2 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:

- *Solo puede solicitar la cobertura de artículos o servicios médicos (no puede solicitar el pago de artículos o servicios ya recibidos).*
- Puede obtener una decisión rápida de cobertura *únicamente* si utilizar las fechas límite estándares pudiera *ocasionar un daño grave a su salud o afectar 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 explicará 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.

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

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.

Paso 3: 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 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. 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 11 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 pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más**. 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 11 de este capítulo para obtener 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.

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

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 6.3 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 o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. 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 6.2 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 65 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.

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

- **Puede solicitar una copia de la información con respecto a su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información que respalde su apelación.**

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

- Cuando revisamos su apelación, analizamos con atención 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.
 - 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 6.4 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.

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

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 11 de este capítulo para obtener 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 6.4 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 6.4	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.

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

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.
- Si la solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación de respuesta estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación de respuesta estándar en el Nivel 2

- 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.
- 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.

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

Paso 2: la organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará sobre su decisión por escrito y le explicará los motivos de esta.

- **Si la organización de revisión independiente 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 prestar el servicio dentro de los **14 días calendario** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**, o prestar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que el plan reciba la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente aprueba parcial o totalmente una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare,** debemos autorizar o suministrar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**, o **dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza parcial o totalmente la apelación,** significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:
 - Se explica la decisión.
 - Notifica el derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de atención médica que solicita 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 10 de este capítulo se explican los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por atención médica?
--------------------	---

No podemos realizar un reembolso directo por un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por los artículos y servicios cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **No debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema. Pero, si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si siguió las reglas para obtener el servicio o artículo.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación 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 del costo generalmente dentro de los 30 días calendario, pero no más tarde de 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Si aún no ha pagado la atención médica, 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 la atención médica 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 6.3. 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.

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

SECCIÓN 7 Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 Esta sección le informa qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios 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 7.2.**
- 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 7.2.**

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

- Solicita la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Paga un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos que le reembolsemos. Sección 7.4**

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 7.2 ¿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 dos 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*.**
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*.

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

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otra persona que emite la receta deben proporcionarnos una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otra persona que emite la receta cuando solicite la excepción.

Generalmente, nuestra *Lista de medicamentos* incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que solicita y no causara más efectos secundarios ni otros problemas de salud, por lo general *no* aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta que finaliza el año del plan. Esto es 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 de nuestra decisión a través de una apelación.

Sección 7.4 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).

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

- 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 en [DenverHealthMedicalPlan.org](https://denverhealthmedicalplan.org). 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 postal. O bien, su médico u otra persona que emite la receta pueden informarnos por teléfono, y como seguimiento enviar por fax o por carta una declaración firmada, si fuera necesario.

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

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.

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

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.

Paso 4: 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 7.5	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 calendario. 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.

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

- 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 ()**. 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 redeterminación de los CMS*, disponible en nuestro sitio web en [DenverHealthMedicalPlan.org](https://denverhealthmedicalplan.org). Asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información relacionada con el reclamo para que podamos procesar la solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 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.

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

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 7.6 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.

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

- Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explique el porqué de nuestra negativa. 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 7.6 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.

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

Fechas límite para la 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.

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

- 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. La sección 10 de este capítulo le brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente hospitalizado prolongada si piensa que le dan 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.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 8.1 Durante su estadía en el hospital como paciente hospitalizado, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos**

En un plazo de dos días calendario desde su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen 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 calendario 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.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 8.2 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital**

Si desea solicitar que prolonguemos la cobertura de sus servicios de hospitalización, deberá usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **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.

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

- Si **no cumple con esta fecha límite**, comuníquese con nosotros. Si 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.

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.

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

¿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 8.3	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.

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

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.
- 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. La sección 10 de este capítulo le brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que continuemos con la cobertura de ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 9.1 *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)** cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios 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 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 9.2 **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 calendario 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.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 9.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo**

Si desea pedirnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá usar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **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.

Paso 1: 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*.
- Si no pudo cumplir con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, es posible que aún tenga derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

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

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

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.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 4: si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea hacer otra apelación.**

- 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 9.4 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 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 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 calendario 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.

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

¿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. La sección 10 de este capítulo le brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otras instancias

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de servicios médicos
--

Esta sección podría ser adecuada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor monetario del artículo o servicio médico por el que apeló alcanza ciertos montos mínimos, usted podría pasar a niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo exigido, no podrá realizar más apelaciones. 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.

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

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si 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 de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una Apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica 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 la atención médica 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 la atención médica 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

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

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 10.2 **Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de la Parte D**

Esta sección podría ser adecuada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló cumple ciertos montos monetarios, usted podría pasar a niveles de apelación adicionales. Si el monto monetario es menor, no podrá realizar más apelaciones. La respuesta por escrito que usted reciba respecto de su Apelación de Nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para realizar una Apelación de Nivel 3.

Los últimos tres niveles de apelaciones funcionan casi de la misma manera para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones. A continuación, se explica quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez 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.

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

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.

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿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?

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

Queja	Ejemplo
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?
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? ○ 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 <i>puntualidad</i> 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 artículos o 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.

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

Sección 11.2 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 11.3 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.
- También puede presentar una queja utilizando nuestro formulario web seguro que puede encontrar en <https://www.denverhealthmedicalplan.org/>.
- Debe presentar su queja por escrito o llamándonos 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 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.

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

- 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 11.4 **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.

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

O BIEN,

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

Sección 11.5	También puede informarle a Medicare sobre su queja
---------------------	---

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

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 **Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid**

Si tiene problemas con sus beneficios de Medicaid, puede presentar una queja acerca de su plan de Medicaid directamente ante Health First Colorado: Programa Medicaid de Colorado. Encontrará la información correspondiente en la sección 6 del capítulo 2 (Medicaid). Comuníquese con Servicios del Plan de Salud si necesita ayuda.

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 Choice (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Puede retirarse de nuestro plan porque usted decidió que *desea* retirarse. En las secciones 2 y 3 encontrará información sobre cómo cancelar la membresía de manera voluntaria.
- También existen situaciones limitadas en las que usted no elige retirarse, pero está obligado a cancelar su membresía. La sección 5 le informa sobre situaciones en las que debe finalizar su membresía.

Si usted abandona nuestro plan, 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	Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid
--------------------	--

- La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden finalizar su membresía únicamente durante ciertos periodos del año. Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante cualquier mes del año. También tiene la opción de inscribirse en otro plan de Medicare durante cualquier mes, entre los que se incluyen:
 - 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).
 - Si es elegible, un plan D-SNP integrado que proporciona Medicare, y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

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.

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el plan

Comuníquese con la oficina de Medicaid estatal para conocer las opciones de su plan Medicaid (los números de teléfono se encuentran en la sección 6 del capítulo 2 de este documento).

- Otras opciones del plan de salud de Medicare están disponibles durante el **periodo de inscripción anual**. La sección 2.2 le brinda más detalles sobre el periodo de inscripción anual.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía por lo general se cancelará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar de planes. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción anual
--------------------	--

Puede cancelar su membresía en cualquier momento durante el **periodo de inscripción anual** (también llamado periodo de inscripción abierta anual). 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
- O BIEN,*
- Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare
 - **Su membresía en un plan se cancelará** cuando la cobertura de su nuevo plan comience, el 1 de enero.

Si recibe “Extra Help” (Ayuda adicional) de Medicare para pagar los costos de los medicamentos con receta: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya indicado que no desea la inscripción automática.

Nota: Si cancela la inscripción en un plan de cobertura de medicamentos con receta de Medicare y permanece sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable durante un 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.

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el plan**Sección 2.3 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 y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan de MA, desde el mes de derechos a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derechos.
- **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 2.4 En determinadas situaciones, usted puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción especial

En algunas situaciones, puede ser elegible 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 aplica 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

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el plan

- 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)
- **Nota:** Si está en un Programa de Manejo de Medicamentos, es posible que no pueda cambiar de planes. En la sección 10 del capítulo 5 se informa más sobre los Programas de Manejo de Medicamentos.
- **Nota:** La sección 2.1 le brinda más detalles sobre el periodo de inscripción especial para las personas con Medicaid.

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.

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.

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

Nota: Las secciones 2.1 y 2.2 le ofrecen más información sobre el periodo de inscripción especial para las personas con Medicaid y “Extra Help” (Ayuda adicional).

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el plan**Sección 2.5 ¿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.**
- Busque la información en el manual *Medicare y usted 2025*.
- 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	• Inscribáse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del siguiente mes. • Se cancelará la inscripción de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) de manera automática cuando su nuevo plan de cobertura comience.
• Medicare Original <i>junto con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare	• Inscribáse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del siguiente mes. • Se cancelará la inscripción de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) de manera automática cuando su nuevo plan de cobertura comience.

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el plan

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Medicare Original <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare ○ Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya indicado que no desea la inscripción automática. ○ 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.	• 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 Choice (HMO D-SNP) cuando comience la cobertura en Medicare Original.

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.

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Health First Colorado: Programa Medicaid de Colorado, comuníquese con Health First Colorado: Programa Medicaid de Colorado: 1-800-221-3943 (TTY: 711) 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. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original afecta la manera en que obtiene la cobertura de Health First Colorado: Programa Medicaid de Colorado.

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

Hasta que termine su membresía en Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo los artículos y servicios médicos, 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 Choice (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

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

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

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si usted ya no es elegible para recibir los beneficios de Medicaid. Como se indicó en la sección 2.1 del capítulo 1, nuestro plan está diseñado para las personas que son elegibles para recibir los beneficios de Medicare y Medicaid. Usted debe inscribirse a otro de nuestros planes Medicare Advantage o cambiar a otro plan de Medicare en un plazo de 6 meses.
- Si se traslada fuera de nuestra área de servicio.
- Si está afuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje prolongado, 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.

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el plan

- 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).
- Si usted se comporta continuamente de una forma incorrecta y dificulta que le proporcionemos atención médica a usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos la autorización de Medicare).
- Si usted permite que alguien más utilice su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos la autorización de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare podría enviar su caso al Inspector General para que lo investigue.
- Si se le requiere que pague el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿Dónde puede obtener información adicional?

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, 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 Choice (HMO D-SNP) no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la 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, 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 aún 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, antecedentes médicos, información genética, pruebas de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes 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.html>.

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 Choice (HMO D-SNP), como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el secretario ejerce conforme a los reglamentos de 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.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: portal o aplicación informática en la que los inscritos pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye los montos de los costos compartidos, las medicaciones alternativas del *Formulario de medicamentos* que pueden utilizarse para la misma afección de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

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 médicos en el capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en el *Formulario de medicamentos* y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de obtener una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Biosimilar: producto biológico que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de obtener una nueva receta (consulte “**biosimilar intercambiable**”).

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.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

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.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

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.

Etapas de cobertura catastrófica: etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras personas autorizadas en su nombre) hayan gastado \$2,000 por medicamentos cubiertos durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos de desembolso directo hayan alcanzado el monto umbral de desembolso directo.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, 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, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que no apliquemos los criterios de restricción, 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 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.

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.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

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 medicamento aceptada: es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration) o está respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y la información del sistema Micromedex DRUGDEX.

Ingresos complementarios de seguridad (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.

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.

Medicamento necesario: son los servicios, suministros y medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la buena práctica médica.

Medicamento de marca: 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.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

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 la cobertura 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 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. (**Nota:** Como nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el máximo de desembolso directo).

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.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

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. 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.

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. 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.

Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage: es el periodo entre el 1 de enero hasta 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 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 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.

Personas con doble elegibilidad: es una persona que es elegible para obtener cobertura de Medicare y Medicaid.

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).

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

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 D-SNP integrado: un D-SNP que cubre Medicare, y la mayoría o la totalidad de los servicios de Medicaid en un único plan de salud para determinados grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se conocen como personas con doble elegibilidad para beneficios integrales.

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 centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF), un centro 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**.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Plan PACE: el plan del Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE) combina servicios médicos, sociales, a largo plazo y de apoyo (LTSS) 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 elegibles para Medicare Advantage (MA) que padecen una o más afecciones crónicas graves o discapacitantes, según lo definido en el título 42 del CFR, artículo 422.2., incluida la restricción de inscripción basada en las agrupaciones de afecciones múltiples comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas que se especifican en el título 42 del CFR, artículo 422.4(a)(1)(iv).

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): un tipo de plan que permite 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 o todos los 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.

Producto biológico original: es un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) y actúa como elemento de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Producto biológico: medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden replicarse con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “**producto biológico original**” y “**biosimilar**”).

Programa de Descuento para Fabricantes: es un programa en el que los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo completo del plan por los medicamentos de marca y

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y 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.

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 incluye 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.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Servicios de atención de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una emergencia es un servicio de atención de urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, teniendo en cuenta la hora, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de atención de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o los brotes imprevistos de afecciones actuales. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias a un proveedor, como los controles anuales, no se consideran urgentes aunque esté fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible de manera temporal.

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.

Umbral de desembolso directo: es el monto máximo que paga de desembolso directo por los medicamentos de la Parte D.

Servicios del Plan de Salud de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)

Método	Servicios del Plan de Salud: información de contacto
LLAME AL	303-602-2111 o llamada gratuita: 1-877-956-2111 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Servicios del Plan de Salud también cuenta con servicios de intérpretes de idiomas gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.
FAX	303-602-2138
ESCRIBA A	Denver Health Medical Plan, Inc. Attn: Health Plan Services 777 Bannock St., Mail Code 6000 Denver, CO 80204
SITIO WEB	https://www.denverhealthmedicalplan.org/

Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado

El Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-888-696-7213
ESCRIBA A	Colorado Division of Insurance 1560 Broadway, Suite 850 Denver, CO 80202
SITIO WEB	https://doi.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.