

1 de enero - 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

Sus Beneficios y servicios de salud y cobertura de medicamentos recetados de Medicare como afiliado a Experience Health Medicare AdvantageSM (HMO)

Este documento le proporciona los detalles sobre su cobertura de atención médica y de medicamentos con receta de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Por favor, guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicio al cliente al 1-833-777-7394 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 am a 8:00 pm todos los días. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Experience Health Medicare Advantage, lo ofrece Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (Blue Cross NC). (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa Blue Cross NC. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa Experience Health Medicare Advantage.)

Este documento está disponible en otros idiomas además del inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos. Por favor llame al Servicio al cliente para obtener información adicional.

Los beneficios, primas, deducibles y/o copagos/coseguros podrían cambiar el 1 de enero de 2025.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores podrían cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender mejor:

- La prima de su plan y el costo compartido;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda; y,
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

H3777_1618_C

H3777-001-004

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

Constancia de cobertura para el 2024

Índice

CAPÍTULO 1: <i>Cómo empezar como afiliado</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción.....	6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe cumplir para afiliarse al plan?	7
SECCIÓN 3 Importante material de afiliación que recibirá.....	8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Experience Health Medicare Advantage	9
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	12
SECCIÓN 6 Cómo mantener al día su historial de afiliación al plan.....	14
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	15
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	17
SECCIÓN 1 Contactos de Experience Health Medicare Advantage (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo contactar al Servicio al cliente del plan)	18
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....	22
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia al seguro de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	24
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad.....	25
SECCIÓN 5 Seguro Social.....	25
SECCIÓN 6 Medicaid	26
SECCIÓN 7 Información sobre los programas de ayuda para el pago de los medicamentos recetados	27
SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferrovianos	31
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro colectivo u otro seguro médico de un empleador?	31
CAPÍTULO 3: <i>Cómo usar el plan para sus servicios médicos</i>	32
SECCIÓN 1 Cosas que debe saber acerca de recibir atención médica como afiliado a nuestro plan	33
SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red del plan para recibir atención médica.....	34
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante una catástrofe	38
SECCIÓN 4 ¿Y si le facturan directamente el importe total de sus servicios?	40
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?.....	41
SECCIÓN 6 Reglas para recibir asistencia en un centro de salud religioso no médico	43
SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de los equipos médicos duraderos.....	44

CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 46

SECCIÓN 1	Cómo entender los gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos	47
SECCIÓN 2	Utilice el <i>Cuadro de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto y cuánto pagará	48
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no cubre el plan?	86

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D 90

SECCIÓN 1	Introducción.....	91
SECCIÓN 2	Surta sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan	91
SECCIÓN 3	Sus medicamentos tienen que estar en la "Lista de medicamentos" del plan.....	94
SECCIÓN 4	Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.....	96
SECCIÓN 5	¿Qué ocurre si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que a usted le gustaría?.....	97
SECCIÓN 6	¿Qué ocurre si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?	100
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	102
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta médica	104
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	104
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad de los medicamentos y su gestión.....	106

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D..... 108

SECCIÓN 1	Introducción.....	109
SECCIÓN 2	Lo que pague por un medicamento dependerá de la fase de pago de medicamentos en la que se encuentre cuando lo reciba	112
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué fase de pago se encuentra.....	112
SECCIÓN 4	No hay deducible para Experience Health Medicare Advantage	114
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga la suya	114
SECCIÓN 6	Costos en la etapa de período sin cobertura.....	119
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el importe total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.....	119
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que se paga depende de cómo y dónde se consiga.....	120

CAPÍTULO 7: Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos..... 122

Índice

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos	123
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le reembolsemos o que le paguemos una factura que ha recibido	125
SECCIÓN 3	Estudiaremos su solicitud de pago y diremos "sí" o "no"	126
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>		127
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como afiliado al plan	128
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como afiliado al plan	133
CAPÍTULO 9: <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, recursos, quejas)</i>.....		135
SECCIÓN 1	Introducción.....	136
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	136
SECCIÓN 3	Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?.....	137
SECCIÓN 4	Guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones.....	138
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	141
SECCIÓN 6	Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	148
SECCIÓN 7	Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más larga si cree que le dan el alta demasiado pronto.....	157
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que continuemos la cobertura de determinados servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto	163
SECCIÓN 9	Cómo llevar su recurso al Nivel 3 y más allá	168
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones	171
CAPÍTULO 10: <i>Cómo terminar su afiliación al plan</i>.....		174
SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de la afiliación a nuestro plan	175
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su afiliación a nuestro plan?.....	175
SECCIÓN 3	¿Cómo se finaliza la afiliación a nuestro plan?	177
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su afiliación, deberá seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan	179
SECCIÓN 5	Experience Health Medicare Advantage debe finalizar su afiliación al plan en determinadas situaciones	179
CAPÍTULO 11: <i>Avisos legales</i>		181
SECCIÓN 1	Notificación sobre la legislación aplicable	182

Índice

SECCIÓN 2	Notificación sobre la no discriminación	182
SECCIÓN 3	Notificación sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare	182
SECCIÓN 4	Aviso de no discriminación y accesibilidad	182
SECCIÓN 5	Aviso sobre el formulario del plan	183
SECCIÓN 6	Aviso sobre Experience Health, Inc.	183
SECCIÓN 7	Responsabilidad de terceras personas (Derecho de subrogación)	183
SECCIÓN 8	Ley de 1998 sobre los Derechos de la mujer en materia de salud y cáncer (WHCRA)	184
SECCIÓN 9	Incentivos.....	184
SECCIÓN 10	Desacuerdo con el tratamiento recomendado por el proveedor de la red o recepción de servicios no cubiertos por Experience Health.....	184
SECCIÓN 11	Aviso sobre la cesión de beneficios	185
SECCIÓN 12	Servicios fuera del área.....	185
SECCIÓN 13	Aviso de prácticas de privacidad de Experience Health.....	185
CAPÍTULO 12: Definiciones de términos importantes		191

Capítulo 1: *Cómo empezar como afiliado*

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Experience Health Medicare Advantage, que es una HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos con receta a través de nuestro plan, Experience Health Medicare Advantage. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan difieren de los de Medicare Original.

Experience Health Medicare Advantage es un plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Organización de Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

La cobertura de este Plan califica como Cobertura de Salud Admitida (QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible (ACA). Por favor visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Este documento de *Evidencia de cobertura* le indica cómo obtener su atención médica y medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como afiliado del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Las palabras "*cobertura*" y "*servicios cubiertos*" se refieren a la atención y los servicios médicos y a los medicamentos recetados disponibles para usted como afiliado de Experience Health Medicare Advantage.

Es importante que conozca cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le sugerimos que dedique algo de tiempo a leer este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicio al cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo Experience Health Medicare Advantage cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o en las condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos a veces se denominan "*cláusulas adicionales*" o "*enmiendas*".

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en Experience Health Medicare Advantage entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podremos cambiar los costos y beneficios de Experience Health Medicare Advantage después del 31

de diciembre de 2024. También podremos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicaid y Medicare) debe aprobar a Experience Health Medicare Advantage cada año. Usted puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como afiliado de nuestro plan siempre que decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe cumplir para afiliarse al plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser afiliado de nuestro plan si cumple los siguientes requisitos:

- Tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare
- -- y -- vive en nuestra área geográfica de servicio (la sección 2.2 abajo describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- -- y -- ser un ciudadano de los Estados Unidos o un residente legal de los Estados Unidos

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para Experience Health Medicare Advantage

Experience Health Medicare Advantage está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo afiliado de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicios del plan. El área de servicios se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Carolina del Norte: Franklin y Wake.

Si tiene previsto mudarse fuera del área de servicio, no podrá seguir afiliado a este plan. Póngase en contacto con el Servicio al cliente para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a un plan Original de Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare disponible en su nueva ubicación.

Además, es importante que llame al Seguro Social si se muda o si cambia su dirección de correo postal. Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.3 Ciudadano de los EE.UU. o Presencia legal

Un afiliado a un plan de salud de Medicare debe ser un ciudadano o residente legal de los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Experience Health Medicare Advantage si no es elegible para seguir siendo afiliado por este motivo. Experience Health Medicare Advantage debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Importante material de afiliación que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de afiliación del plan

Mientras esté afiliado a nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de afiliación para obtener cualquiera de los servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrar su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. Aquí se incluye una credencial de muestra que le indica cómo se verá su tarjeta:

PORTADA

CONTRAPORTADA

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea afiliado de este plan. Si utiliza su credencial de Medicare en lugar de su credencial de afiliado de Experience Health Medicare Advantage, tal vez tenga que pagar el costo total de sus servicios médicos. Guarde su credencial de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le solicite que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados "ensayos clínicos".

Si su tarjeta de afiliación al plan se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente al Servicio al cliente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* enumera nuestros proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos actuales. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos durables, hospitales y otros centros de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe utilizar los proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Experience Health Medicare Advantage autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Se puede consultar la lista más reciente de proveedores en nuestro sitio web en experiencehealthnc.com.

Si no tiene su ejemplar del *Directorio de proveedores*, puede solicitar un ejemplar (en formato electrónico o impreso) en el Servicio al afiliado. Las solicitudes de Directorios de proveedores en papel se le enviarán por correo en un plazo de tres días laborables.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El Directorio de farmacias enumera las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son todas las farmacias que han acordado surtir las recetas cubiertas para los afiliados de nuestro plan. Puede usar el

Directorio de farmacias para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

El *Directorio de farmacias* también le indicará cuáles de las farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferente, que puede ser inferior al costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de farmacias* puede obtener un ejemplar contactando a Servicio al cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.experiencehealthnc.com.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Usamos la forma abreviada "Lista de medicamentos". Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Experience Health Medicare Advantage. Los medicamentos de esta lista son elegidos por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la "Lista de medicamentos" de Experience Health Medicare Advantage.

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

Le entregaremos un ejemplar de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar la página web del plan, experiencehealthnc.com, o llamar a Servicio al cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Experience Health Medicare Advantage

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual separada del plan para Experience Health Medicare Advantage.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos afiliados están obligados a pagar otras primas de Medicare

Usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos afiliados deben pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en cualquier momento, una vez finalizado su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días o más seguidos en los que no tuvo la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. "Cobertura de medicamentos con receta acreditable" es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. El costo de la penalización por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta. Usted tendrá que pagar esta penalización mientras tenga cobertura de la Parte D.

Al inscribirse por primera vez en Experience Health Medicare Advantage, le informamos el monto de la penalización.

Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

Usted **no** tendrá que pagarla si:

- Recibe la "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le dirá cada año si la cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar en una carta o puede incluirse en un boletín informativo del plan. Guarde esta información, porque podría necesitarla si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** cualquier aviso debe declarar que usted tenía una cobertura de medicamentos con receta "acreditable" que se espera que pague tanto como el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** los siguientes *no* son una cobertura acreditable de medicamentos con receta: tarjetas de descuento de medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Así es como funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta después de haber sido elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es de 1% por cada mes que no haya tenido una cobertura acreditable. Por ejemplo, si usted pasa 14 meses sin cobertura, la multa 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. Para 2024, este monto promedio de la prima es de \$34.70.
- Para calcular la penalización mensual, se multiplica el porcentaje de penalización y la prima mensual promedio y, luego, se redondea hasta los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo de

aquí, sería 14% por \$34.70, lo que equivale a \$4.86. Esto se redondea a \$4.90. Este monto se sumaría a la **prima mensual para alguien con una penalidad por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- Primero, **la multa puede cambiar cada año** porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- En segundo lugar, **usted seguirá pagando una penalización** todos los meses 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 usted es menor de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se pondrá en cero cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la penalidad por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial por envejecer con Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después de la fecha de la primera carta que reciba para informarle que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de afiliarse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Importante: no deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera la revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, podría ser dado de baja por no pagar las primas de su plan.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos afiliados estén obligados a pagar un cargo adicional, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto supera una determinada cantidad, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus 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, y no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, Junta de Jubilación Ferroviaria o la Oficina de Administración de Personal, sin importar la forma en que usualmente paga la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar el monto adicional al gobierno. Este no se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el monto extra, se le dará de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

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

Hay seis formas de pagar la multa.

Opción 1: Pago con cheque

Puede decidir pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D directamente a nuestro plan con un cheque o giro postal. Si elige esta opción, le enviaremos una factura mensual. Los cheques o giros postales deben ser pagaderos a nombre de Experience Health Medicare Advantage y enviados directamente al plan a la siguiente dirección:

Experience Health Medicare Advantage
PO Box 580042
Charlotte, NC 28258-0042

Opción 2: Pago en persona

También puede traer un cheque o giro postal (no efectivo) al plan en persona en 1965 Ivy Creek Boulevard, Durham, NC 27707, de lunes a viernes de 8 am a 5 pm. Por favor, ponga su número de afiliado en su cheque o giro postal para que el pago se acredite correctamente.

Opción 3: Pago mediante retiro bancario automático una vez inscrito en el plan

Puede solicitar que se debite la prima automáticamente de su cuenta bancaria una vez sea que sea un afiliado del plan. Puede cambiar a este método de pago rellorando la información que figura en el reverso de su factura, o puede imprimir un formulario de Autorización de giro bancario automático en <http://www.experiencehealthnc.com>. Si necesita más información sobre cómo iniciar el retiro automático de fondos, puede llamar al Servicio al cliente. La prima vence el día 1 de cada mes. La deducción automática del retiro bancario se realizará desde su cuenta bancaria el quinto día hábil de cada mes. Si no tiene suficiente dinero en su cuenta bancaria, podríamos intentarlo hasta dos veces y su banco quizás le cobre comisiones por servicio.

Opción 4: Puede solicitar que la penalización por inscripción tardía de la Parte D sea deducida de su cheque mensual de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Puede hacer que la multa por inscripción tardía de la Parte D se deduzca de su cheque mensual de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB). Contacte con el Servicio al cliente para más información sobre cómo pagar su penalidad mensual de esta manera. Nos alegrará ayudarlo con la configuración.

Opción 5: Puede hacer que la multa por inscripción tardía de la Parte D se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Cómo cambiar la forma en que paga su prima. Si decide cambiar la forma de pago de su prima, pueden pasar hasta tres meses para que se implemente el nuevo método de pago. Mientras estamos procesando su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que se

pague la prima de su plan a tiempo. Para cambiar su método de pago, por favor llame a Servicio al cliente.

Qué hacer si tiene problemas para pagar su penalidad por inscripción tardía de la Parte D

La penalización por inscripción tardía de su plan Parte D debe estar en nuestra oficina el primer día de cada mes. Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, dicha multa debe pagarse en nuestra oficina hasta el 1er día de cada mes. Si no hemos recibido su pago de penalización antes del primer día de cada mes, le enviaremos una notificación en la que le indicaremos que su afiliación al plan finalizará si no recibimos su penalización por inscripción tardía en la Parte D, si se debe, dentro de los dos meses siguientes a la fecha de vencimiento de la prima. Si está obligado a pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, deberá pagarla para mantener su cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar a tiempo la multa por inscripción tardía de la Parte D, si la debe, póngase en contacto con el Servicio al cliente para ver si podemos dirigirle a programas que le ayuden con sus costos.

Si terminamos su afiliación porque no pagó su multa por inscripción tardía de la Parte D, si la debe, tendrá la cobertura de salud de Medicare Original.

Además, es posible que no pueda recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. (Si pasa más de 63 días sin cobertura de medicamentos “acreditable”, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía siempre que tenga una cobertura de la Parte D).

Al momento de terminar su afiliación, puede que aún nos deba la penalidad que no ha pagado. Tenemos el derecho de tomar las medidas necesarias para el cobro del monto que usted debe. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), necesitará pagar el monto que deba antes de poder inscribirse.

Si cree que cancelamos su afiliación por error, puede presentar una queja (también llamada reclamación); consulte el capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja. Si ha tenido una circunstancia de emergencia que estaba fuera de su control y le ha impedido pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, si la debía, dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una reclamación. Para quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. El Capítulo 9, Sección 10 de este documento le indica cómo presentar una queja, o puede llamarnos al 1-833-777-7394 entre las 8 am y las 8 pm todos los días. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su solicitud antes de que transcurran 60 días de la fecha de finalización de su membresía.

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

No. No podemos cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año próximo, se lo informaremos 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 multa por inscripción tardía, si la debe, o que tenga que empezar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede suceder si usted es elegible para el programa "Extra Help" ("Ayuda Adicional") o si pierde su elegibilidad para el programa "Extra Help" durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y es elegible para el programa "Extra Help" durante el año, podría dejar de pagarla.
- Si pierde la ayuda adicional (Extra Help), puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días o más seguidos sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta.

Puede encontrar más información sobre el programa “Extra Help” en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Cómo mantener al día su historial de afiliación al plan

Su registro de afiliación contiene información de su formulario de inscripción, incluida su dirección y su número de teléfono. Este incluye la cobertura específica del plan, como su Proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de afiliación para saber qué**

servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costo compartido que le corresponden a usted. Por eso es muy importante que nos ayude a mantener su información al día.

Infórmenos sobre estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empresa, de la empresa de su cónyuge o pareja de hecho, compensación laboral o Medicaid).
- Si tiene alguna reclamación de responsabilidad civil, como reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Si ha sido ingresado en un hogar de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencia fuera del área o fuera de la red
- Si cambia la persona a cargo designada (por ejemplo, un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga)

Si alguna de esta información cambia, háganoslo saber llamando al Servicio al cliente.

Además, es importante ponerse en contacto con el Seguro Social si se muda o si cambia su dirección de correo postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare requiere que recopilemos información de usted sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que le ofrece nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no es necesario hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame a Servicio al cliente. Es posible que tenga que dar su número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tenga otros seguros (como cobertura de salud grupal del empleador), hay reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o el otro seguro pagan primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, se denomina “pagador secundario” y solamente paga si hay costos no cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos sin cobertura. Si usted tiene otro seguro, informe a su médico, al hospital y a la farmacia.

Estas reglas se aplican para el empleador o para la cobertura del plan de salud grupal relacionada con un sindicato:

- Si tiene una cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud grupal se basa en el empleo actual suyo o de un familiar, para determinar quién paga primero se tiene en cuenta su edad, el número de personas empleadas por su empleador y si usted tiene un plan de Medicare basado en la edad, y si sufre alguna discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años, es discapacitado y usted o un miembro de su familia todavía están trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados, o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho siguen trabajando, su plan de salud colectivo paga primero si la empresa tiene 20 o más empleados o al menos una empresa en un plan de varias empresas que tenga más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios para enfermedad pulmonar minera
- Compensación para trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios con cobertura por Medicare. Sólo pagan después de que Medicare, los planes de salud grupal y/o Medigap hayan pagado.

Capítulo 2:
*Números de teléfono y recursos
importantes*

SECCIÓN 1 Contactos de Experience Health Medicare Advantage

(cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo contactar al Servicio al cliente del plan)

Cómo comunicarse con Atención al cliente de nuestro plan

Para obtener ayuda con cuestiones de reclamos, facturación o credenciales, llame o escriba al Servicio de atención al cliente de Experience Health Medicare Advantage. Estaremos encantados de ayudarlo.

Método	Servicio de Atención al Cliente - Información de contacto
LLAME AL	1-833-777-7394 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 am a 8 pm todos los días. Servicio al cliente también cuenta con servicios de intérprete de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 am a 8 pm, todos los días.
CORREO POSTAL	Experience Health Medicare Advantage PO Box 30010 Durham, NC 27702
SITIO WEB	www.experiencehealthnc.com

Cómo contactarnos cuando desea solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Decisiones de cobertura de asistencia médica - Información de contacto
LLAME AL	1-833-777-7394 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 am a 8 pm, todos los días.

Método	Decisiones de cobertura de asistencia médica - Información de contacto
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 am a 8 pm, todos los días.
FAX	1-919-765-7805
CORREO POSTAL	Experience Health Medicare Advantage Atención: Determinaciones de la organización de la Parte C PO Box 30010 Durham, NC 27702-2251
SITIO WEB	www.experiencehealthnc.com

Cómo contactarnos cuando desea presentar una apelación acerca de su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Puede hacer un reclamo sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluido un reclamo sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye cobertura o reclamos por pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación o una queja acerca de su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Apelaciones o quejas sobre atención médica o medicamentos con receta de la Parte D - Información de contacto
LLAME AL	1-833-777-7394 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 am a 8 pm, todos los días.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 am a 8 pm, todos los días.
FAX	1-888-375-8836
CORREO POSTAL	Experience Health Medicare Advantage Atención: Apelaciones y quejas PO Box 1291 Durham, NC 27702

Método	Apelaciones o quejas sobre atención médica o medicamentos con receta de la Parte D - Información de contacto
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Experience Health Medicare Advantage directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo contactarnos cuando desea solicitar un reclamo acerca de su atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D

Puede hacer un reclamo sobre nosotros o sobre alguno de nuestros prestadores o alguna de las farmacias de la red, incluido un reclamo sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye cobertura o reclamos por pagos. (Si su problema es sobre la cobertura o el pago del plan, debe buscar en la sección de arriba para presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una reclamación sobre su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Apelaciones o quejas sobre atención médica o medicamentos con receta de la Parte D - Información de contacto
LLAME AL	1-833-777-7394 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 am a 8 pm, todos los días.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 am a 8 pm, todos los días.
FAX	1-888-375-8836
CORREO POSTAL	Experience Health Medicare Advantage Atención: Apelaciones y quejas PO Box 1291 Durham, NC 27702
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Experience Health Medicare Advantage directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo contactarnos cuando desea solicitar una decisión de cobertura para los medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos con receta cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre

sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Apelaciones o quejas sobre atención médica o medicamentos con receta de la Parte D - Información de contacto
LLAME AL	1-833-777-7394 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 am a 8 pm, todos los días.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 am a 8 pm, todos los días.
FAX	1-888-375-8836
CORREO POSTAL	Experience Health Medicare Advantage Atención: Apelaciones y quejas PO Box 1291 Durham, NC 27702
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Experience Health Medicare Advantage directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte de los gastos de atención médica por un medicamento que haya recibido.

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

Por favor, tenga en cuenta: si nos envía una solicitud de pago y negamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) para obtener más información.

Método	Solicitudes de pago - Información de contacto
CORREO POSTAL	<p>Para reclamos médicos: Experience Health Medicare Advantage Atención: Reclamos médicos PO Box 3633 Durham, NC 27702</p> <p>Para reclamaciones por medicamentos con receta: Experience Health Medicare Advantage Atención: Reclamos de medicamentos con receta PO Box 3633 Durham, NC 27702</p>
SITIO WEB	www.experiencehealthnc.com

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

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

La Agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados “CMS”). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage incluyendo nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Todos los días, las 24 horas.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare – Información de contacto
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Este sitio le brinda información actualizada sobre Medicare y sobre los temas actuales de Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Incluye manuales que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: Proporciona información sobre el estado de elegibilidad para Medicare.• Buscador de planes de Medicare: Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su zona. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de lo que podrían ser sus gastos de bolsillo en los distintos planes de Medicare. <p>También puede utilizar el sitio web para comunicar a Medicare cualquier queja que tenga sobre Experience Health Medicare Advantage:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Experience Health Medicare Advantage directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, puede obtener asistencia para visitar este sitio utilizando las computadoras de la biblioteca o del centro para personas de edad avanzada de su localidad. O, puede comunicarse con Medicare e indicarles qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia en seguros médicos (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En Carolina del Norte, el SHIP se llama Programa de Información de Seguros Médicos para Ancianos (SHIIP).

SHIIP es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

Los consejeros de SHIIP pueden ayudarle a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas acerca de su atención o tratamiento médico y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. SHIIP también pueden ayudarle con preguntas o problemas de Medicare, a entender sus opciones de planes de Medicare y a responder preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO DE ACCESO A SHIIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en LOCALIZADOR SHIP en el centro de la página)
- Elija su **ESTADO** de la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa de Información sobre Seguros de Salud para Mayores (SHIIP) (SHIP de Carolina del Norte) – Información de contacto
LLAME AL	1-855-408-1212
CORREO POSTAL	NC Department of Insurance Seniors' Health Insurance Information Program (SHIIP) 1201 Mail Service Center Raleigh, NC 27699-1201 ncshiip@ncdoi.gov
SITIO WEB	www.ncdoi.com/SHIIP

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

Existe una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Carolina del Norte, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO.

KEPRO cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a los beneficiarios de Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

En cualquiera de estas situaciones, debería contactarse con KEPRO:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Considera que la cobertura para su estadía hospitalaria finaliza demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de atención médica domiciliaria, el centro de enfermería especializada o los centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización para la Mejora de la Calidad de Carolina del Norte) - Información de contacto
LLAME AL	1-888-317-0751 El horario de atención al público es de 9 am a 5 pm, de lunes a viernes, y de 11 am a 3 pm los fines de semana y festivos.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
CORREO POSTAL	5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 QIOCommunications@kepro.com
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de gestionar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tengan 65 años o más, o que tengan una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal y cumplan ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, tiene que

inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina del Seguro Social de su localidad.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes tienen que pagar un monto adicional por su cobertura medicamentos de la Parte D debido a que tienen un ingreso más alto. Si recibió una carta del Seguro Social diciéndole que tiene que pagar el monto extra y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos bajaron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para pedir una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniquen con la Seguridad social para mantenerlos informados.

Método	Seguro Social - Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa gubernamental federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos para algunas personas con recursos e ingresos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid. Los programas ofrecidos a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como por ejemplo, sus primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorro de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario Admitido de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario especificado de bajos Ingresos de Medicare (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (SLMB+).)
- **Individuo admitido (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Discapacitados que Califican e Individuos Trabajadores (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para saber más sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte.

Método	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte - Información de contacto
LLAME AL	1-800-662-7030 El horario de atención es de 8 am a 5 pm, de lunes a viernes (no incluye feriados estatales).
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
CORREO POSTAL	2001 Mail Service Center Raleigh, NC 27699-2000
SITIO WEB	www.ncdhhs.gov

SECCIÓN 7 Información sobre los programas de ayuda para el pago de los medicamentos recetados

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) ofrece información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, existen también otros programas de ayuda, que se describen a continuación.

Programa Extra Help de Medicare

Medicare ofrece Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta para las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o su automóvil. Si usted califica, recibirá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de medicamentos con receta. Esta "ayuda adicional" también cuenta para sus costos de bolsillo.

Si califica automáticamente para "Extra Help", Medicare le enviará una carta por correo. Usted no tendrá que aplicar. Si no califica automáticamente, es posible que pueda obtener "Ayuda adicional" para pagar las primas y los costos de sus medicamentos con receta. Para ver si usted califica para recibir "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 al día, 7 días a la semana;
- La Oficina del Seguro Social en 1-800-772-1213, de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o

- A la oficina estatal de Medicaid (solicitudes) (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si considera que ha calificado para "Extra Help" (ayuda adicional) y cree que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, para que nos presente esta evidencia.

- Para situaciones de urgencia, puede solicitar al farmacéutico que realice el cobro al copago del Subsidio por bajos ingresos (LIS) en el momento en que usted obtenga medicamentos con receta. El farmacéutico llamará a Atención al cliente e indicará que tiene una constancia de su elegibilidad para LIS. Si es posible, el farmacéutico puede enviar por fax la documentación a nuestro Departamento de Inscripción al 1-919-765-3773. Si el farmacéutico no puede enviar un fax, puede dar fe al representante de Atención al cliente de que usted tiene la documentación apropiada. En ese caso, tendrá que enviar por correo una copia de la documentación a nuestra oficina en:

Experience Health Medicare Advantage
Attn: Enrollment
PO Box 30010
Durham, NC 27702

Si lo prefiere, puede traer una copia a nuestra oficina en 1965 Ivy Creek Boulevard, Durham, NC 27707 en un plazo de 30 días o en algún momento antes de la próxima vez que obtenga una receta. El horario de atención sin cita previa es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.

Se puede utilizar cualquiera de los siguientes documentos para probar la elegibilidad para LIS:

- Una copia de su tarjeta de Medicaid que incluya su nombre y una fecha de elegibilidad durante un mes después de junio del año calendario anterior;
- Una copia de un documento estatal que confirma el estado activo de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
- Una copia impresa del archivo de inscripción electrónica del Estado que muestre el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
- Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid del Estado que muestre el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
- Otra documentación proporcionada por el Estado que muestre el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
- Una carta de la Administración del Seguro Social (SSA) que demuestre que el individuo recibió el Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI); o,
- Una solicitud presentada por "Deemed Eligible" (Se considera Elegible) confirmando que el afiliado es "...automáticamente elegible para ayuda extra..." (publicación de la SSA HI 03094.605).

Se puede utilizar cualquiera de los siguientes elementos para establecer que un afiliado está institucionalizado y califica para un reparto de costos cero:

- Una remesa del centro médico que muestre el pago de Medicaid de un mes calendario completo para esa persona durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
- Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid en nombre del individuo al centro médico por un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior;
- Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid del Estado que muestre el estado institucional del individuo tomando como base al menos una permanencia durante un mes completo para los propósitos de pago de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.

Podrán aceptarse los siguientes documentos para demostrar la recepción de Servicios Basados en el Hogar y en la Comunidad (HCBS), a partir de la fecha especificada por el Secretario, pero no antes del 1 de enero de 2012, una copia de:

- Una Notificación de acción, Notificación de determinación o Notificación de inscripción emitida por el estado que incluye el nombre del miembro y la fecha de elegibilidad de los HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Un Plan de Servicio de HCBS aprobado por el Estado donde conste el nombre del afiliado y una fecha de entrada en vigor que comience durante un mes siguiente a junio del año calendario anterior;
- Una carta de aprobación de autorización previa emitida por el estado para el HCBS que incluye el nombre del miembro y la fecha de entrada en vigencia, que comienza durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Otra documentación proporcionada por el Estado que demuestre la elegibilidad para los HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior; o
- Un documento emitido por el Estado, como un aviso de remesa, que confirme el pago de los HCBS, e incluya el nombre del afiliado y las fechas de los HCBS.

Esta constancia se utilizará inicialmente, y nosotros retransmitiremos esta documentación a Medicare para la corrección de sus sistemas.

- Cuando recibamos la evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la farmacia. Si paga de más su copago, le reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto de su pago en exceso o le compensaremos copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y está tomando su copago como una deuda suya, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos hacer el pago directamente al estado. Póngase en contacto con el Servicio al cliente si tiene alguna pregunta.

¿Qué pasa si usted tiene cobertura de un Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal (SPAP)?

Muchos estados y E.E.U.U. Islas Vírgenes de los EE.UU. ofrecen ayuda para pagar recetas, primas de planes de medicamentos y/u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), o cualquier otro programa que proporciona cobertura para medicamentos de la Parte D (aparte de "Extra Help"), seguirá recibiendo el descuento del 70% en medicamentos de marca con cobertura. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en el período sin cobertura. El descuento del 70% y el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué pasa si usted tiene cobertura de un 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 (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para la asistencia de costo compartido de receta a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de Carolina del Norte.

Note: Para ser elegibles para el ADAP que opera en sus respectivos estados, los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluidos una prueba de residencia en el estado y un informe sobre el estado del VIH, bajos ingresos, según lo definido por el Estado, y la confirmación de que no se encuentren asegurados o con estado infraseguro. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de Carolina del Norte al 1-877-466-2232 (llamada gratuita en Carolina del Norte) o al 1-919-733-9161 (fuera del estado)

Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal

Muchos estados tienen Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos con receta según la necesidad económica, edad, la afección médica o la discapacidad. Cada estado tiene reglas diferentes para proporcionar la cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Carolina del Norte, el Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de Carolina del Norte.

Método	El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de Carolina del Norte - Información de contacto
LLAME AL	1-877-466-2232 (llamada gratuita en Carolina del Norte) 1-919-733-9161 (fuera del estado) Los mensajes serán respondidos dentro de un día hábil.
CORREO POSTAL	1902 Mail Service Center Raleigh, NC 27699-1902
SITIO WEB	epi.dph.ncdhhs.gov/cd/hiv/hmap.html

Experience Health Medicare Advantage ofrece una cobertura adicional para el período sin cobertura para insulinas. Durante la Etapa del período sin cobertura, sus costos de bolsillo para las insulinas serán un copago de \$35 por un suministro de un mes. Consulte la Sección 6 del Capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa del período sin cobertura. Nota: este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayude a pagar sus medicamentos ("Extra Help"). Para saber qué medicamentos son insulinas, revise la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos electrónicamente. Todas las insulinas de nuestra Lista de medicamentos están incluidas en el programa. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar al Servicio al cliente (los números de teléfono del Servicio al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra los programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, es importante que les informe si se muda o si cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, póngase en contacto con la agencia.

Método	Junta de Jubilación para Ferroviarios - Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", podrá hablar con un representante de RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los días miércoles. Si presiona "1", podrá acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y a información grabada las 24 horas del día, incluyendo fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro colectivo u otro seguro médico de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Servicio al cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre su empresa (o la de su cónyuge o pareja de hecho) o sobre los beneficios de salud para jubilados, las primas o el período de inscripción. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare en este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través del plan grupal de su empleador o jubilación (o el de su cónyuge o pareja de hecho), por favor póngase en contacto con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo su cobertura actual de medicamentos con receta funcionará con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:
*Cómo usar el plan para sus servicios
médicos*

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber acerca de recibir atención médica como afiliado a nuestro plan

En este capítulo se explica lo que necesita saber para usar el plan para obtener su atención médica cubierta. Le proporciona definiciones de términos y explica las reglas que debe seguir para obtener los tratamientos, servicios y el resto de la atención médica que están cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga usted cuando recibe esta atención, utilice la tabla de beneficios del siguiente capítulo, el Capítulo 4 (*Cuadro de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*)).

Apartado 1.1 ¿Qué son los proveedores de la red y los servicios cubiertos?

- **Los "proveedores"** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para prestar servicios y cuidados médicos. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los "proveedores de la red"** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención de la salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de costo compartido como pago total. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por los servicios que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, paga solamente su parte del costo por su servicio.
- **Los "servicios cubiertos"** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención de salud, suministros, equipos y Medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios con cobertura de atención médica están enumerados en el cuadro de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos con receta se analizan en el capítulo 5.

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

Como plan de salud de Medicare, Experience Health Medicare Advantage debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las normas de cobertura de Medicare Original.

Experience Health Medicare Advantage generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que recibe está incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos del plan** (este cuadro está en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su enfermedad y cumplen las normas aceptadas de la práctica médica.
- **Usted tenga un médico de atención primaria de la red (un PCP) que proporciona y supervisa su atención.** Como afiliado a nuestro plan, usted debe elegir un PCP (médico de atención primaria) de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).

- **Debe recibir su 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 reciba 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 tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. *He aquí tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y para ver qué significan servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Se debe obtener autorización del plan antes de buscar atención médica. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible temporalmente o sea inaccesible. El costo compartido que usted paga al plan por la diálisis nunca puede superar el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que no forma parte de la red del plan, su costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

Sección 2.1 Debe elegir un Médico de Atención Primaria (PCP) para que le proporcione y supervise su atención médica

¿Qué es un PCP (médico de atención primaria) y qué hace por usted?

- Un PCP es un proveedor del plan que usted elija para proporcionar su atención médica de rutina o básica.
- Usted puede elegir su PCP de entre los siguientes proveedores designados como PCP: Un médico especializado en práctica familiar, práctica general, medicina interna, geriatría, pediatría u otro especialista médico incluido en la sección de PCP del *Directorio de proveedores*; una enfermera especializada (cuando esté disponible); o un médico asistente (cuando esté disponible).
- En la mayoría de los casos y para la mayoría de los problemas de salud, primero debe consultar con su proveedor de atención primaria.
- Él o ella se cerciorarán de que usted consiga la atención que necesita para mantenerse sano. Ellos también pueden hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y derivarlo a ellos cuando sea necesario. El plan no requiere una derivación de su PCP para consultar a otro especialista de la red.
- Cuando un PCP coordina la atención para un servicio que requiere autorización previa, el PCP es responsable de contactar el plan para solicitar el servicio.

¿Cómo selecciona su PCP?

En el momento de la inscripción, cada miembro debe elegir un PCP utilizando el *Directorio de proveedores*, nuestro sitio web o al discutir opciones de PCP con un representante del plan. Si al momento de la inscripción no hay un PCP seleccionado, nos reservamos el derecho de asignarle un PCP que usted podrá cambiar con posterioridad.

Cambio del PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone nuestra red de proveedores del plan y que usted tenga que encontrar un nuevo PCP. Al elegir un PCP, no estará limitado a determinados especialistas u hospitales para recibir tratamiento. Aún así, usted debe recibir tratamiento de un Prestador de la Red.

Debe informarnos cuando cambie su PCP. Un cambio de PCP entrará en vigor la fecha en que recibamos su solicitud. Para cambiar su PCP, llame a Servicio al cliente. Ellos verificarán para asegurarse de que el PCP al que desea cambiar está aceptando nuevos pacientes y le dirán cuándo surtirá efecto el cambio a su nuevo PCP. También puede ver qué proveedores están en nuestra red en www.experiencehealthnc.com. Cualquier visita que usted haga a un médico antes de la fecha del cambio de PCP en nuestro sistema será considerada una visita de especialista, y se aplicará un copago más alto.

Si su PCP deja el plan, le enviaremos una notificación por escrito y le asignaremos un nuevo PCP, que podrá cambiar más tarde llamando a Servicio al cliente.

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin la derivación previa de su PCP?
--------------------	--

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

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de los senos, mamografías (rayos X de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que reciba estos servicios de proveedores de la red.
- Vacunas contra la gripe, el COVID-19 y la neumonía.
- Servicios de urgencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red
- Los servicios necesarios con urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o inaccesibles o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.
- Los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, por favor llame al Servicio al cliente antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a organizar una diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.
- Servicios odontológicos (en el Capítulo 4 se explica lo que está y no está cubierto para usted como afiliado de nuestro plan y cuánto pagará usted por su parte del costo de su atención médica cubierta).

- Servicios de audición (en el Capítulo 4 se explica lo que está y no está cubierto para usted como afiliado de nuestro plan y cuánto pagará usted por su parte del costo de su atención médica cubierta).
- Servicios oftalmológicos (en el Capítulo 4 se explica lo que está y no está cubierto para usted como afiliado de nuestro plan y cuánto pagará usted por su parte del costo de su atención médica cubierta).
- Servicios de un especialista de la red (en el Capítulo 4 se explica lo que está y no está cubierto para usted como afiliado de nuestro plan y cuánto pagará usted por su parte del costo de su atención médica cubierta).
- Detecciones del virus de la Hepatitis C cubiertas por Medicare
- Servicios de un proveedor de servicios de salud mental/salud conductual (en el Capítulo 4 se explica lo que está y no está cubierto para usted como afiliado de nuestro plan y cuánto pagará usted por su parte del costo de su atención médica cubierta).

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

Un especialista es un médico que provee servicios de atención médica para una enfermedad o una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Aquí se muestran algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones del corazón.
- Los ortopedistas cuidan a pacientes con ciertas enfermedades de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Experience Health le recomienda forjar una relación con su PCP con el fin de gestionar su salud en general, coordinar atención con otros proveedores y para que sea un recurso para usted cuando tenga preguntas sobre su salud o su atención médica. Su PCP podrá ayudarle a encontrar el especialista adecuado para la atención que usted necesita.

Su PCP le ayudará a organizar o coordinar sus servicios de atención médica. Esto incluye rayos X, pruebas de laboratorio, terapias, especialistas, admisiones en hospitales y cuidados de seguimiento. Su PCP también se pone en contacto con otros prestadores para obtener información actualizada sobre su atención y/o tratamiento. En algunos casos, su PCP u otro proveedor necesitarán obtener una autorización previa (aprobación previa de los servicios). Dado que su PCP le proporcionará y coordinará la atención médica, debe enviar todos sus registros médicos al consultorio de su PCP.

Debe utilizar prestadores del plan, excepto en situaciones de emergencia o urgencias o para diálisis renal u otros servicios fuera del área. Si recibe atención de rutina de prestadores fuera de la red, ni Medicare ni Experience Health Medicare Advantage serán responsables de los costos.

Tenga en cuenta que no necesita un formulario de derivación.

¿Qué pasa si un especialista u otro proveedor de la red dejan de prestar sus servicios a través de nuestro plan?

Es posible que hagamos cambios los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista sale de su plan usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que nosotros le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que 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.
 - 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 lo ha visitado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para seguir recibiendo atención médica.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar que continúe el tratamiento o las terapias médicamente necesarias que está recibiendo.
- Le informaremos sobre los distintos períodos 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 con los gastos compartidos de la red, cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si se entera de que su médico o especialista abandonan su plan, póngase en contacto con nosotros para que le ayudemos a encontrar un nuevo proveedor para la gestión de su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para sustituir a su anterior proveedor o que su atención no se está gestionando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la QIO, una queja sobre la calidad de la atención al plan, o ambas. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Como afiliado a nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red solo para los servicios dentales de rutina cubiertos. Para obtener más información, consulte "Servicios dentales no cubiertos por Medicare" en el capítulo 4.

Usted, el PCP o el especialista de red pueden comunicarse con el plan para solicitar autorización previa para obtener servicios especializados de un proveedor que no esté disponible en la red llamando al número que aparece en la parte posterior de la tarjeta.

Los afiliados tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o que se necesitan con urgencia fuera del área. Además, cubrimos servicios de diálisis para afiliados con ESRD que han viajado fuera del área de servicio del plan y no pueden acceder a proveedores de servicios para tratar ESRD contratados.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante una catástrofe

Sección 3.1 Obtención de atención médica si tiene una emergencia médica

¿Qué es una "emergencia médica" y qué debe hacer usted en caso de que tenga una?

Una "**emergencia médica**" es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento medio de la salud y la medicina, cree 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), la pérdida de un miembro o de la función de un miembro, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeoran rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Consiga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. Usted *no* necesita obtener primero la aprobación o la derivación de su médico de atención primaria. No necesita usar un médico de la red. Puede obtener asistencia médica de urgencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor que tenga la correspondiente licencia estatal, aunque no forme parte de nuestra red.

¿Qué está cubierto si usted tiene una emergencia médica?

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

Los médicos que le brindan atención de emergencia determinarán en qué momento se habrá estabilizado su afección y haya finalizado la emergencia médica.

Una vez que haya finalizado la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección siga siendo estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se

comuniquen con nosotros y hagan planes para recibir atención adicional. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan.

Si la atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, trataremos de coordinar con proveedores de la red para que se encarguen de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre en el caso de que no se tratara de una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si usted tiene una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que solicite atención de emergencia (pensando que su salud está en grave peligro), y el médico puede decir que no se trataba de una emergencia médica, después de todo. Si resulta que no se trataba de una emergencia, siempre y cuando usted haya creído que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de una de estas dos maneras:

- Usted acude a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- - o - la atención adicional que recibe se considera "servicios de urgencia" y usted sigue las normas para obtener esta atención urgente (para más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener asistencia cuando necesite servicios urgentes

¿Cuáles son los servicios que se necesitan urgentemente?

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

Los afiliados pueden buscar en el sitio web de Experience Health para localizar el centro de atención de urgencias u otro proveedor de la red más cercano, yendo a providerdirectory.experiencehealthnc.com e ingresando el código postal o dónde se encuentran y buscando bajo servicios especiales de prestadores de atención de urgencia. Los afiliados también pueden llamar al Servicio al cliente al 1-833-777-7349 (TTY marque 711) para que les ayuden a localizar un centro de urgencias u otro proveedor dentro de la red. El horario de atención es de 8 am a 8 pm todos los días.

Nuestro plan cubre los servicios de urgencia y emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias.

Servicios de urgencia prestados por un proveedor calificado para prestar servicios de urgencia y necesarios para evaluar o estabilizar una situación de urgencia.

Servicios que se necesitan con urgencia prestados para tratar una enfermedad, lesión o condición médica imprevista no de emergencia que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden

ser suministrados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos.

El transporte internacional de emergencia únicamente incluye servicios de ambulancia médicamente necesarios y está sujeto a un copago.

Nuestro plan no cubre la atención que no sea de emergencia si usted la recibe fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo recibir atención médica durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted aún así tiene derecho a ser atendido por su plan.

Por favor visite el siguiente sitio web: www.experiencehealthnc.com para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con costos compartidos dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda obtener los medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Y si le facturan directamente el importe total de sus servicios?

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

Si ha pagado más que el costo compartido del plan por los servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, vaya al capítulo 7 (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

Experience Health Medicare Advantage cubre todos los servicios médicamente necesarios que figuran 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 que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficio, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los costos incurridos una vez que se ha alcanzado el límite de beneficios no cuentan para el máximo de gasto extra.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una forma que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, como la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted expresa interés, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos a cargo del estudio. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla los requisitos para el estudio y tenga una comprensión y aceptación plenas de lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos por los servicios con cobertura que recibe como parte del estudio. Si nos informa de que está participando en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de los costos compartidos dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Cuando usted está en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de la atención (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* tiene que decírnoslo ni obtener nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Entre ellos figuran ciertos beneficios especificados en las determinaciones nacionales de cobertura (NCD) y los ensayos de dispositivos en investigación (IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los afiliados a Medicare Advantage por Medicare Original, le recomendamos que nos lo notifique con antelación cuando decida participar en ensayos clínicos cubiertos por Medicare.

Si tiene previsto participar en un estudio de investigación clínica, póngase en contacto con el Servicio al cliente para comunicarles que va a participar en un ensayo clínico y conocer más detalles específicos sobre lo que pagará su plan.

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

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?

Cuando participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, están cubiertos los artículos y los servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluido lo siguiente:

- Alojamiento y comida para una estadía hospitalaria que Medicare pagaría, incluso si no participara en el estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si son parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como afiliado de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio como lo haría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, está obligado a presentar la documentación que demuestre el monto de costos compartidos que ha pagado. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

He aquí un ejemplo de cómo funciona el reparto de costos: Digamos que tiene un examen de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Digamos también que su parte de los costos para esta prueba es de \$20 bajo Medicare Original, pero la prueba sería de \$10 con los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 exigido por Medicare Original. Luego, notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, como una factura del proveedor, al plan. El plan entonces le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, la misma cantidad que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe presentar la documentación a su plan, como una factura del proveedor

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

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el elemento o servicio nuevo que el estudio está probando, a menos que Medicare cubriese el elemento o servicio si usted *no* estuviese participando en un estudio.
- Los productos o servicios proporcionados únicamente para recopilar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría por tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría una sola tomografía computarizada.

¿Quiere saber más?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare y los estudios de investigación clínica*. (La publicación puede consultarse en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) Además, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), todos los días, las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para recibir asistencia en un centro de salud religioso no médico

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica de atención de la salud?

Una institución religiosa no médica de atención de la salud es un centro que presta atención a una afección que normalmente se trataría en un hospital o un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un afiliado, se brindará cobertura de atención en una institución religiosa de salud de atención no médica. Este beneficio solo se proporciona para los servicios de hospitalización de la Parte A (servicios no médicos de atención de la salud).

Sección 6.2 Cómo recibir cuidados de una institución religiosa no médica de atención de la salud

Para ser atendido por una institución religiosa no médica de atención de la salud, debe firmar un documento legal en el que conste que se opone en conciencia a recibir un tratamiento médico **no exceptuado**.

- **La atención o tratamiento** médico no exceptuado es cualquier atención o tratamiento médico *voluntario* y no *exigido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- **El tratamiento médico exceptuado** es la atención o el tratamiento médico que usted recibe y que no *es* voluntario o *es obligatorio* en virtud de la legislación federal, estatal o local.

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa de salud de atención no médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- La institución que proporcione la atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de los servicios que usted recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios con cobertura de atención hospitalaria o centros de enfermería especializada.
 - - y - debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su estadía no estará cubierta.

Se aplican los límites de cobertura de hospitales, centros de enfermería especializada y de atención domiciliaria (salud en el hogar). Vea el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de los equipos médicos duraderos

Sección 7.1 ¿Será usted propietario del equipo médico duradero después de realizar cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan?

Entre los ejemplos de equipos médicos durables (DME) se incluyen equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos para generar el habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. El afiliado siempre es dueño de ciertos elementos, como las prótesis. En esta sección, discutimos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son dueños del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Como miembro de Experience Health Medicare Advantage, sin embargo, por lo general no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo el plan Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. Bajo ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del DME. Llame a Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos que hizo por el equipo médico durable si se cambia a Medicare Original?

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Medicare Original para ser propietario del artículo. Los pagos realizados mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Usted hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que haya realizado en el Medicare Original no cuentan. Tendrá que hacer 13 pagos a nuestro plan antes de poseer el artículo.

Ejemplo 2: Hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Medicare Original. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se una de nuevo a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

SECCIÓN 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Experience Health Medicare Advantage cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno

- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si se va de Experience Health Medicare Advantage o médicamente deja de necesitar un equipo de oxígeno, entonces el equipo de oxígeno debe ser devuelto.

¿Qué pasa si deja su plan y regresa a Original Medicare?

Medicare Original requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago de oxígeno). Después de cinco años, puede optar por permanecer en la misma empresa o irse a otra empresa. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma empresa, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

Capítulo 4:
Cuadro de Beneficios Médicos
(lo que está cubierto y
lo que usted paga)

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 **Cómo entender los gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos**

Este capítulo proporciona un Cuadro de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como afiliado a Experience Health Medicare Advantage. Más adelante en este capítulo, encontrará información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. En el Anexo A, se pueden encontrar las limitaciones y exclusiones de la Parte D.

Durante la emergencia de salud pública por el COVID-19 que afecta a nuestra área, los beneficios y/o las pólizas podrían modificarse para facilitarle a nuestro afiliado el acceso a atención médica. Para obtener más información, por favor consulte nuestro sitio web en www.experiencehealthnc.com o llame al Servicio al cliente al 1-833-777-7394 (TTY: 711). El horario de atención es de 8 am a 8 pm, todos los días. Las llamadas a este número son gratuitas.

Sección 1.1 **Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos**

Para entender la información de pago que le damos en este capítulo, necesita conocer los tipos de gastos adicionales que posiblemente deba pagar por los servicios cubiertos.

- **Copago** es la cantidad fija que usted paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Usted paga un copago en el momento de recibir el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 le proporciona más información sobre sus copagos).
- **"Coseguro"** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento de recibir el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos de la sección 2 le informa más sobre sus coseguros).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario Admitido de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de presentar a su proveedor su constancia de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde.

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

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en el monto total que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina monto máximo de bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés) por servicios médicos. Para el año calendario 2024, esta cantidad es \$3,500.

Los montos que paga por concepto de copagos y coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para calcular el importe máximo de bolsillo. Los montos que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en el Cuadro de Beneficios Médicos. Si usted alcanza el monto máximo de bolsillo de \$3,500, no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que su prima de la Parte B sea pagada por Medicaid o por un tercero).

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Sección 1.3 Nuestro plan no permite a los proveedores "facturar el saldo" de su cuenta**

Como afiliado a Experience Health Medicare Advantage, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando obtiene los servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, lo que se denomina **"facturación de saldo"**. Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo de dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces solo pagará ese monto por cualquier servicio cubierto que reciba de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe los servicios con cobertura de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios con cobertura de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una derivación o para emergencias o servicios de urgencia).
 - Si recibe los servicios con cobertura de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red sólo en determinadas situaciones, como cuando obtiene una derivación, o en caso de emergencia o fuera del área de servicio para servicios de necesidad urgente).
- Si cree que un proveedor le ha "facturado el saldo", llame a Servicio al cliente.

SECCIÓN 2 Utilice el Cuadro de beneficios médicos para saber qué está cubierto y cuánto pagará**Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como afiliado al plan**

El Cuadro de Beneficios Médicos en las páginas siguientes enumera los servicios que cubre Experience Health Medicare Advantage y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos sólo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben prestarse de acuerdo con las directrices de cobertura establecidas por Medicare.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesarios" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.
- Usted 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 estará cubierta, a menos que se trate de atención de urgencia o emergencia o que su plan o un proveedor de la red le haya dado una derivación. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que proporciona y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces llamada "autorización previa"). Los servicios con cobertura que necesitan aprobación por adelantado están marcados en el Cuadro de Beneficios Médicos en negrita. Además, los siguientes servicios no enumerados en el Cuadro de beneficios requieren autorización previa:

Procedimientos cosméticos (o aquellos potencialmente cosméticos) médicamente necesarios, como los siguientes, entre otros:

Abdominoplastia
Blefaroplastia
Reducción de busto

Procedimientos de investigación (o aquellos potencialmente investigativos)

Proveedores y servicios no participantes

Cirugía

Procedimientos quirúrgicos refractivos
Neuroestimuladores sacrales
Neuroestimuladores espinales
Estimuladores del crecimiento óseo (osteogénesis)
Estimuladores cerebrales profundos
Estimuladores neuromusculares
Implantes de pene
Estimuladores del nervio vago para la epilepsia
Trasplantes de células madre
Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida
Tratamiento quirúrgico de la apnea del sueño
Cirugía de la articulación temporomandibular
Trasplantes de órganos
Tratamiento de venas varicosas
Vertebroplastia y Cifoplastia
Cirugía mayor de articulaciones con hospitalización
Corazón artificial (a menos que se considere un trasplante de órgano)
Dispositivo de asistencia ventricular

Otras cosas importantes que debe saber acerca de nuestra cobertura:

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para los demás, usted *paga menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, busque en su manual *Medicare y Usted 2024*. Véalo en línea en www.medicare.gov o pida 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).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo bajo Medicare Original, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si además recibe tratamiento o control de una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para la afección médica existente.
- Si Medicare agrega la cobertura de cualquier servicio nuevo durante 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



En el cuadro de beneficios, verá esta manzana junto a los servicios preventivos.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Cuadro de Beneficios Médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, médico asistente, enfermera especializada o enfermera clínica especializada.</p>	<p>Para este examen preventivo, no hay ningún coseguro, copago o deducible para los afiliados elegibles.</p>
<p>Acupuntura por dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A efectos de este beneficio, "dolor lumbar crónico" se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duración de 12 semanas o más; • no específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • No asociado con la cirugía; y • no asociado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por cada año calendario.</p> <p>El tratamiento debe ser interrumpido si el paciente no mejora o si empeora.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (tal y como se definen en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley)) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), los profesionales de la enfermería (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifica en 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un master o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una universidad acreditada por la Comisión de Certificación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM, en inglés); y, 	<p>Usted paga un copago de \$20 por la acupuntura para el dolor lumbar crónico en el consultorio de un PCP o de un especialista.</p> <p>Usted cuenta con el reembolso de una asignación de \$50 por cada visita para un máximo de 20 visitas.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • una licencia actual, integral, activa e ilimitada para ejercer la acupuntura en un Estado, Territorio o Territorio Autónomo (por ejemplo, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar sujeto al nivel adecuado de supervisión por parte de un médico, PA, o NP/CNS que requieren nuestras reglamentaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p> <p>* Servicios adicionales no cubiertos por Medicare</p> <p>Además, cubrimos 20 visitas para acupuntura, con cualquier acupunturista con licencia de NC, para el tratamiento de cualquier afección.</p> <p>Para aprovechar este beneficio, haga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Después de su visita, envíenos su reclamación. Los formularios de reclamación están disponibles en documents.experiencehealthnc.com/forms/EXH_Member_Claim_Form.pdf • También puede llamar a Servicio al cliente y le enviaremos por correo un formulario para completar. • Adjunte a su reclamación una factura detallada y comprobante de pago o bien su proveedor podrá presentarlos en su nombre. Envíelo por correo a la dirección de Atención al cliente que figura en la contraportada de este folleto. • Espere 30 días para que lo procesemos. 	
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Servicios de ambulancia que son de emergencia y que no son de emergencia</p> <p>Para los servicios de ambulancia que no son de emergencia, se requiere autorización previa del plan.</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, tanto si se trata de una situación de emergencia como si no, incluyen los servicios de ambulancia de ala fija, ala rotatoria y terrestre, hasta el centro adecuado más cercano que pueda prestar asistencia si se prestan a un afiliado cuyo estado de salud sea 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 el estado del afiliado es tal que otros medios de transporte podrían</p>	<p>Usted paga un copago de \$295 por cada servicio de ambulancia de ida o de vuelta cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$295 por el transporte de emergencia en todo el mundo.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p> <p>El transporte internacional de emergencia únicamente incluye servicios de ambulancia médicamente necesarios y está sujeto a un copago.</p> <p>Beneficio máximo anual de \$100,000 para el transporte mundial, la atención de emergencia y de urgencia combinados. Usted es responsable de cualquier costo que supere los \$100,000.</p>	
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Los debe prestar un PCP para que estén cubiertos.</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede obtener una consulta anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en sus factores de riesgo y salud actuales. Se cubren una vez por año calendario.</p> <p>Nota: Su primera visita anual de bienestar no se puede llevar a cabo dentro de los 12 meses siguientes a su visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, usted no necesita haber tenido una visita "<i>Bienvenido a Medicare</i>" para tener cubiertas las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago o monto deducible para la consulta anual de bienestar.</p> <p>Se puede incurrir en un coseguro o copago si recibe tratamiento por una enfermedad durante la consulta anual de bienestar.</p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para los individuos calificados (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia, si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea; incluye la interpretación del médico de los resultados.</p>	<p>No hay coseguro, copago o monto deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Detección del cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre las edades de 35 y 39 • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 o mayores • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses 	<p>No hay coseguro, copago o monto deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para afiliados que reúnen ciertos requisitos con un orden del médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que generalmente son más</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por los servicios de rehabilitación cardíaca y los servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	
<p> Visita para reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita al año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, el médico podría hablar sobre el uso de la aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que está comiendo de manera saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago o monto deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedad cardiovascular</p>
<p> Pruebas de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas a un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago o monto deducible para la prueba de enfermedad cardiovascular que se cubre una vez cada 5 años.</p>
<p> Detección de cáncer de cuello de útero y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada dos años calendario. • Si tiene un alto riesgo de cáncer de cuello de útero o vaginal, o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada año calendario 	<p>No hay coseguro, copago o monto deducible para Papanicolaou y exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Si recibe una prueba de cuello de útero o vaginal u otro procedimiento de diagnóstico durante el cual los resultados requieran intervención quirúrgica, se puede aplicar un copago de oficina o un copago para cirugía para pacientes ambulatorios.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos únicamente la Manipulación manual de la columna para corregir la subluxación. • Ningún otro servicio de quiropráctica está cubierto, incluidos los servicios de mantenimiento, independientemente del diagnóstico. • Las visitas al consultorio médico no están cubiertas cuando son proporcionadas por un quiropráctico. 	<p>Usted paga un copago de \$20 por cada visita con cobertura de Medicare.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Detección del cáncer colorrectal</p> <p>Están cubiertas las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 de alto riesgo después de una colonoscopia de detección o un enema opaco previos. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presenten un riesgo elevado después de que el paciente haya recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema opaco. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años 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 que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema opaco como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema opaco de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema opaco como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y de 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema opaco de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección del cáncer colorrectal no invasiva basada en heces y cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare, excluidos los enemas opacos, para los que se aplica el coseguro. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.</p>
<p>Servicios odontológicos</p> <p>Servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Para los servicios odontológicos cubiertos por Medicare, se requiere autorización previa.</p> <p>Los servicios odontológicos cubiertos por Medicare se limitan a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, colocación de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de la</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por cada servicio odontológico cubierto por Medicare.</p> <p>Usted recibe una asignación de reembolso de \$500 al año para</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>enfermedad de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando fueran prestados por un médico.</p> <p>*Servicios odontológicos adicionales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Experience Health cubre una asignación de reembolso por año para los siguientes servicios odontológicos preventivos e integrales:</p> <p>Odontología preventiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales • Profilaxis (limpiezas) • Tratamiento con flúor • Radiografías dentales <p>Odontología integral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios no rutinarios • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios <p>Para aprovechar este beneficio, haga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Después de su visita, envíenos su reclamación. Los formularios de reclamación están disponibles en documents.experiencehealthnc.com/forms/EXH_Member_Claim_Form.pdf • También puede llamar a Servicio al cliente y le enviaremos por correo un formulario para completar. • Adjunte a su reclamo una factura detallada y comprobante de pago o bien su dentista podrá presentarlos en su nombre. Envíelo por correo a la dirección de Atención al cliente que figura en la contraportada de este folleto. • Espere hasta 30 días para el procesamiento. 	<p>servicios odontológicos preventivos.</p> <p>Usted recibe una asignación de reembolso de \$1,500 al año de servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen para detectar síntomas de depresión por año calendario: El examen debe realizarse en el consultorio de un médico de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.</p>	<p>No hay coseguro, copago o monto deducible para la visita anual de detección de depresión.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de azúcar alta en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si usted cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso o un historial de diabetes familiar.</p> <p>En base a los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para un máximo de dos detecciones de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago o monto deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes y servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para monitorear la glucosa en sangre: Monitoreo de glucosa en sangre, tiras de prueba de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras de prueba y de los monitores. • Para las personas con diabetes que sufren de enfermedad de pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida por año (incluidas las plantillas que se proporcionan con dichos zapatos) y dos pares de plantillas adicionales, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas proporcionadas con dichos zapatos). La cobertura incluye la adaptación. • Cubrimos exclusivamente las tiras reactivas y los medidores de glucosa en sangre fabricados por LifeScan (OneTouch®) y Ascensia (Contour™). Este plan cubre hasta 204 tiras reactivas al mes. Puede obtener estos artículos en su farmacia local de la red o preferida o a través de nuestras farmacias de venta por correo. En general, las demás marcas de tiras reactivas no están cubiertas. Se debe solicitar una excepción médica. • Los Productos de monitorización continua de la glucosa (MCG) preferidos que se obtienen a través de la farmacia incluyen Dexcom G6, Dexcom G7 cuando se utiliza con un receptor Dexcom, Abbott Freestyle Libre, Freestyle Libre 2 y 	<p>No hay coseguro, copago o monto deducible por cada artículo de suministro para diabetes con cobertura de Medicare.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total para los zapatos o las plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Para el beneficio preventivo de capacitación para el autocontrol de la diabetes, no hay ningún coseguro, copago o deducible para los afiliados elegibles.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Freestyle Libre 3 cuando se utiliza con un receptor Freestyle Libre. Los MCG están sujetos a autorización previa.</p> <ul style="list-style-type: none"> La capacitación para la autogestión de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. 	
<p>Equipos médicos duradero (DME) y suministros conexos</p> <p>Se requiere la aprobación previa del plan si el equipo se alquila o si su precio de compra es superior a \$1,200.</p> <p>Se requiere aprobación previa para el mantenimiento o la reparación del equipo médico durable (DME).</p> <p>(Para obtener una definición de “equipo médico durable”, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si pudiera hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.experiencehealthnc.com.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% del costo total de cada artículo cubierto por Medicare.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es del 20% de coseguro cada mes.</p> <p>Su participación en los costos no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.</p> <p>Si antes de inscribirse en Experience Health Medicare Advantage hubiera hecho 36 meses de pagos de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en Experience Health Medicare Advantage es un coseguro del 20%.</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>"Atención de emergencia" hace referencia a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> Son proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia, y son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree 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 hijo por nacer), la pérdida de un miembro o la pérdida de la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad,</p>	<p>Usted paga un copago de \$120 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Usted no paga este monto si es admitido en el hospital dentro de las 48 horas por la misma afección.</p> <p>Si recibe atención de urgencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se estabilice su estado de urgencia, deberá regresar a un hospital de la red para que su atención siga estando cubierta o deberá recibir la atención</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>una lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeoran rápidamente.</p> <p>El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que por los servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Esta cobertura está disponible en todo el mundo. Los afiliados pueden obtener ayuda para localizar proveedores y obtener información sobre cómo presentar una solicitud de reembolso por servicios de urgencia prestados fuera del país llamando al 1-800-810-Blue (1 -800-810-2583) o a cobro revertido al 1-804-673-1177. El transporte de emergencia incluye únicamente servicios de ambulancia médicamente necesarios y está sujeto al copago de servicios de ambulancia.</p>	<p>hospitalaria en el hospital fuera de la red autorizada por el plan y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p>*Beneficio de preparación física</p> <p>Afiliación a SilverSneakers®</p> <p>SilverSneakers puede ayudarle a vivir una vida más saludable y activa a través de preparación física y conexión social. Usted tiene un beneficio de preparación física cubierto a través de SilverSneakers en los centros participantes¹. Usted tiene acceso a instructores que dirigen clases grupales de ejercicios especialmente diseñadas². En los centros participantes de todo el país¹, usted puede tomar clases² además de usar los aparatos de ejercicio y otras instalaciones. Además, SilverSneakers FLEX® le ofrece opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales (como centros recreativos, centros comerciales y parques). SilverSneakers también le conecta con una red de apoyo y recursos virtuales a través de SilverSneakers Live, SilverSneakers On-Demand™ y nuestra aplicación móvil, SilverSneakers GOTM. Todo lo que necesita para empezar es su número de credencial de SilverSneakers. Visite silversneakers.com para conocer más sobre su beneficio o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. ET. ¹</p> <p>Siempre hable con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.</p> <p>¹Los centros participantes ("PL") no son propiedad ni son administrados por Tivity Health, Inc. o sus afiliadas. El uso de las instalaciones y servicios de los PL se limita a los términos y condiciones de la membresía básica de PL. Las instalaciones y servicios varían según el PL.</p> <p>²La afiliación incluye clases grupales de preparación física</p>	<p>No hay ningún coseguro, copago o deducible para este programa.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>dirigidas por un instructor de SilverSneakers. Algunos centros ofrecen a los miembros clases adicionales. Las clases varían según el centro.</p> <p>SilverSneakers es marca registrada de Tivity Health. © 2022 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. Tivity Health es una empresa independiente que proporciona servicios de preparación física y entrega a domicilio de comida en nombre de Experience Health.</p>	
<p> Programas de educación para la salud y el bienestar</p> <p>Experience Health Advantage ofrece programas para afecciones como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) y la diabetes. Nuestros programas incluyen recursos educativos y herramientas de autogestión.</p>	<p>No hay ningún coseguro, copago o deducible para los afiliados elegibles para el beneficio de los programas de educación para la salud y el bienestar.</p>
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico y balance auditivo realizados por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención ambulatoria cuando son prestadas por un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Audífonos:</p> <p>Hasta dos audífonos de la marca TruHearing cada año (uno por oído por año). El beneficio se limita a los audífonos Advanced y Premium de TruHearing, que están disponibles en varios estilos y colores. Los audífonos Premium están disponibles en opciones de estilo recargable. Para usar este beneficio, debe ver a un proveedor de TruHearing. Llame al 1-866-201-9212 para programar una cita (los usuarios de TTY deben llamar al 711). La compra de audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El primer año de las visitas de seguimiento al proveedor • Período de prueba de 60 días • Garantía extendida de 3 años • 80 baterías por audífono para los modelos no recargables <p>El beneficio no incluye ni cubre nada de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moldes de oído • Accesorios de audífonos • Visitas adicionales del proveedor • Baterías adicionales; baterías cuando se compra un audífono recargable • Audífonos que no son de la marca TruHearing • Costos asociados con reclamos de garantía por pérdida y daños <p>Los costos relacionados con artículos excluidos son responsabilidad del afiliado y no están cubiertos por el plan.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada examen de diagnóstico de audición cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por un examen auditivo de rutina por un prestador de TruHearing todos los años calendario.</p> <p>En el caso de las Audífonos Avanzados, abonará un copago de \$599 por audífono (uno por oído y año).</p> <p>Usted paga un copago de \$899 por audífono por audífonos Premium (uno por oído al año).</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>©2022 TruHearing, Inc. Todos los derechos reservados. TruHearing® es marca registrada de TruHearing, Inc. Todas las demás marcas comerciales, nombres de productos y nombres de empresas son de propiedad de sus respectivos titulares. Estas visitas de seguimiento deberán usarse en el lapso de un año a partir de la fecha de compra inicial. La oferta de batería gratis no se aplica a la compra de modelos de audífonos recargables. La garantía de tres años incluye reparaciones y la pérdida por única vez, y la sustitución por daños. Las reparaciones y las sustituciones de los audífonos están sujetas a los precios de los proveedores y fabricantes. Para preguntas sobre los precios, comuníquese con un asesor TruHearing.</p>	
<p> Prueba del VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres que están embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo 	<p>Para la prueba preventiva de VIH cubierta por Medicare, no hay ningún coseguro, copago o deducible para los afiliados elegibles.</p> <p>Se le puede cobrar un copago por separado por los servicios del médico.</p>
<p>Atención médica domiciliaria mediante agencia</p> <p>Se requiere aprobación previa del plan.</p> <p>Antes de recibir los servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicios de atención médica domiciliaria; luego, solicitará servicios de atención médica domiciliaria para que sean proporcionados por una agencia de atención médica domiciliaria. Usted debe estar confinado en el hogar; lo que significa que salir de casa le representa un esfuerzo importante.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería y atención médica a domicilio a tiempo parcial o intermitente (para tener cubierto el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería y atención médica domiciliaria combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos 	<p>No hay ningún coseguro, copago o deducible para los afiliados elegibles para una agencia de servicios médicos domiciliarios cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia de infusión domiciliaria Se requiere aprobación previa del plan.</p> <p>La terapia de infusión domiciliaria consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su casa. Los componentes necesarios para realizar una infusión domiciliaria incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipos (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación de los pacientes que no esté cubierta por el beneficio de equipo médico durable • Monitoreo remoto • Servicios de supervisión de la terapia de infusión domiciliaria y medicamentos de infusión domiciliaria proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión domiciliaria 	<p>Para la terapia de infusión domiciliaria, no hay ningún coseguro, copago o deducible.</p> <p>Usted paga hasta el 20% del costo total de los medicamentos cubiertos por la Parte B.</p> <p>Usted paga el copago o coseguro aplicable de los medicamentos de infusión domiciliaria de la Parte D.</p>
<p>Dispositivos de seguridad para el hogar</p> <p>Los afiliados pueden pedir hasta dos dispositivos de seguridad para el hogar por año del catálogo aprobado de Dispositivos de seguridad para el hogar. Los dispositivos pueden pedirse en línea a https://experiencehealthnc.com/OTC o vía telefónica al 866-311-3607 (TTY: 711).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un máximo de dos dispositivos de seguridad para el hogar al año.</p>
<p>Atención de cuidados paliativos</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le hayan dado un pronóstico terminal y certifiquen que usted padece una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización MA posee o controla, o en las que tiene un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por Experience Health Medicare Advantage.</p> <p>Los copagos para PCP/especialistas se aplican para los servicios de</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para control de síntomas y alivio del dolor • Atención de relevo a corto plazo • Atención domiciliaria 	<p>consulta de cuidados paliativos antes de que se elija el beneficio de cuidados paliativos.</p>
<p>Cuando es admitido en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p>	
<p><u>Para servicios de cuidados paliativos y servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras usted esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original por los servicios que paga Medicare Original. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original.</p>	
<p><u>Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no son urgentes y que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios dependerá de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y de si sigue las normas del plan (por ejemplo, si existe el requisito de obtener una autorización previa).</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener un servicio, usted solo paga el costo compartido del plan para servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido bajo el programa de pago por servicio de Medicare (Medicare Original) 	
<p><u>Para los servicios cubiertos por Experience Health Medicare Advantage pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B:</u> Experience Health Medicare Advantage continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga su monto de costo compartido de su plan por estos servicios.</p>	
<p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no están relacionados con su condición de enfermo terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición de cuidados paliativos terminales, entonces usted paga el costo</p>	

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p><u>compartido de Medicare Original</u>. Los medicamentos nunca están cubiertos por cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>¿Qué pasa si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención que no es de cuidados paliativos (atención no relacionada con su pronóstico terminal), debe ponerse en contacto con nosotros para concertar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados paliativos (una sola vez) para un enfermo terminal que no ha elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios con cobertura por la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B si tiene riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra el COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y estas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>Las vacunas de antitoxina tetánica o de refuerzo están cubiertas bajo el beneficio médico solo cuando se relaciona directamente con el tratamiento de una lesión. En ausencia de lesión, las inmunizaciones preventivas (vacunación o inoculación) no están cubiertas por el beneficio médico.</p> <p>Las vacunas contra la gripe, la neumonía y el COVID-19 no requieren autorización previa ni derivación.</p>	<p>No hay coseguro, copago o monto deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.</p>
<p>Servicios de apoyo a domicilio (asistencia a domicilio)</p> <p>Puede optar a 6 horas al mes de asistencia no médica a domicilio a través de CareLinx. CareLinx le ayuda a ponerse en contacto con cuidadores profesionales y preseleccionados de su zona que pueden proporcionarle una ayuda extra para preparar las comidas, bañarse, recordarle la medicación y mucho más. * El personal especializado de CareLinx trabaja con usted para entender sus necesidades de asistencia a domicilio, incluidos sus horarios y las preferencias del cuidador (por ejemplo, la experiencia con ciertas enfermedades crónicas, el idioma hablado, etc.). En el plazo de una o dos semanas, se le asignarán los</p>	<p>Usted paga \$0 por un máximo de 6 horas de servicios de ayuda a domicilio al mes.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>candidatos a cuidador más calificados que mejor se adapten a sus necesidades.</p> <p>Los cuidadores de CareLinx pueden ayudarle con muchas tareas, entre ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparar comidas • Transporte y compras • Limpieza y lavandería ligeras • Vestirse y arreglarse • Baño • Recordatorios de medicación <p>Para aprovechar esta ventaja y obtener más información, puede ponerse en contacto con CareLinx llamando al 1-866-241-7930, de lunes a viernes, de 9 AM a 8 PM EST, y sábados y domingos, de 11 AM a 7 PM EST. También puede obtener más información visitando www.carelinx.com/experiencehealth.</p> <p>* Se aplican algunas restricciones y limitaciones. Un mínimo de dos horas por visita.</p>	
<p>Cuidados hospitalarios como paciente internado</p> <p>Se requiere aprobación previa del plan, excepto en caso de emergencia. Llama al 1-833-941-0107 (TTY llama al 711).</p> <p>Incluye servicios de atención aguda como paciente internado, servicios de rehabilitación como paciente internado, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. Los servicios hospitalarios como paciente internado comienzan el día que se lo admite formalmente en el hospital con una orden del médico. El día antes de su alta es su último día de estadía como paciente internado.</p> <p>Usted recibe cobertura durante un número de días ilimitado en cada admisión.</p> <p>Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería regular • Costos de las unidades de atención especial (como la atención intensiva o las unidades de atención coronaria) • Drogas recetadas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología 	<p>Usted paga un copago de \$295 por día durante los primeros 6 días por cada internación cubierta por Medicare en un hospital de la red.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los días adicionales en un hospital de la red.</p> <p>Por cada estancia hospitalaria se cobra un deducible y/u otros costos compartidos.</p> <p>Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Sus beneficios para paciente internado comenzarán en el primer día que usted sea admitido o transferido a un centro de</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Terapia física, ocupacional y del lenguaje y el habla • Servicios de hospitalización por abuso de sustancias • Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre, e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, usted puede elegir resolver localmente siempre y cuando los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Experience Health Medicare Advantage brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este lugar distante, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante. • Para recibir el beneficio de transporte y alojamiento, el centro de trasplante o el lugar autorizado para los servicios de trasplante deben estar situados a una distancia mínima de 100 millas (ida) del domicilio del afiliado (no un apartado de correos). Los gastos de transporte y alojamiento son para el afiliado y una persona que cumpla los requisitos para acompañarle durante el episodio de atención médica del afiliado. El episodio de atención médica del afiliado se define como los 5 días anteriores al trasplante y finaliza un año después de la fecha de la cirugía de trasplante. El importe máximo a pagar por los servicios de transporte y alojamiento permitidos relacionados con un trasplante cubierto es de \$10,000 por trasplante. • Sangre: incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre y de glóbulos rojos total comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios del médico. 	<p>hospitalización de cuidados intensivos, una rehabilitación hospitalaria o un centro de cuidados intensivos a largo plazo. El costo compartido de los beneficios de hospitalización se aplica cada vez que es admitido en uno de estos centros. Para cada hospitalización, usted está cubierto por días ilimitados siempre y cuando la hospitalización esté cubierta de acuerdo con las reglas del plan. No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare.</p>
<p>Nota: para ser un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para internarlo formalmente como paciente internado hospitalizado. Incluso si permanece en el hospital durante la</p>	

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>noche, podría ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si usted es un paciente internado o un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "<i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i>" Esta hoja informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratuitamente a estos números las 24 horas, todos los días.</p>	
<p>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico</p> <p>Se requiere autorización previa, salvo en caso de urgencia. Llame al 1-866-397-4584 (TTY llamar al 711).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios con cobertura incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una hospitalización. • Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. 	<p>Usted paga un copago de \$275 por día durante los primeros 6 días por cada internación cubierta por Medicare en un hospital de la red.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los días adicionales cubiertos por Medicare en un hospital de la red.</p> <p>Por cada estancia hospitalaria se cobra un deducible y/u otros costos compartidos.</p> <p>Los beneficios de salud mental para pacientes hospitalizados comienzan el primer día en que usted es admitido o transferido al centro de hospitalización psiquiátrica. El costo compartido de los beneficios psiquiátricos para pacientes hospitalizados se aplica cada vez que se ingresa.</p>
<p>Estancia hospitalaria: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estancia hospitalaria no cubierta</p> <p>El plan cubre un número ilimitado de días por período de beneficios de atención hospitalaria y hasta 100 días por período de beneficios de atención en centros de enfermería especializada (SNF). Una vez que haya alcanzado este límite de cobertura, el</p>	<p>Usted paga el copago/coseguro como paciente ambulatorio aplicable para cada uno de estos servicios.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>plan dejará de cubrir su estadía en el SNF. Sin embargo, cubriremos ciertos tipos de servicios que usted reciba mientras esté en el SNF. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios del médico • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios del técnico • Vendajes quirúrgicos • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos de prótesis y órtesis (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de un órgano interno (incluido el tejido contiguo), o todo o parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona mal, incluido el reemplazo o reparación de tales dispositivos. • Refuerzos para piernas, brazos y espalda y cuello; bragueros y piernas artificiales, brazos y ojos incluyendo ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional 	
<p>Comidas</p> <p>Se requiere autorización previa. Llame al 1-919-660-3426 (TTY: 711).</p> <p>Hasta 20 comidas a domicilio, durante 10 días, cuando se recupera de cada estancia hospitalaria en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Las órdenes se pueden hacer hasta 30 días después del alta.</p>	<p>Para el beneficio de comidas, no hay ningún coseguro, copago o deducible.</p>
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio está destinado a las personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo ordene su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento uno-a-uno durante el primer año en que recibe servicios de nutrición médica de terapia bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Original Medicare), y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.</p>	<p>Para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare, no hay ningún coseguro, copago o deducible para los afiliados elegibles.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP serán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que proporciona entrenamiento práctico en el cambio de dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los retos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>Para el beneficio del MDPP, no hay ningún coseguro, copago o deducible.</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa del plan para determinados medicamentos de la Parte B de Medicare, incluidos, entre otros, la quimioterapia, los medicamentos de apoyo a la quimioterapia y los medicamentos especializados.</p> <p>Es posible que el plan exija una terapia escalonada para determinados medicamentos de la Parte B de Medicare, incluidos, entre otros, los biológicos, los biosimilares, las infusiones intravenosas y las inyecciones.</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los afiliados de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o se administran mientras usted recibe servicios médicos, servicios para pacientes ambulatorios del hospital o servicios de un centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos que usted toma utilizando equipos médicos duraderos (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • Los factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia. • Los fármacos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que estaba relacionada con osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas. 	<p>Usted paga un coseguro del 0% al 20% del costo total de los medicamentos cubiertos por la Parte B.</p> <p>El costo compartido de la insulina está sujeto a un tope de coseguro de \$35 por el suministro de insulina para un mes.</p> <p>Algunos medicamentos podrían estar sujetos a terapia escalonada.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Determinados fármacos para diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria. <p>El siguiente enlace le llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: https://documents.experiencehealthnc.com/pharmacy/EXH_Part_B_Step_Therapy_Drug_List.pdf</p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de los medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que estos estén cubiertos. Lo que paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p>	
<p> Evaluación y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo consigue en un contexto de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral.</p> <p>Hable con su médico de cabecera o médico general para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago o monto deducible para la detección de obesidad y la terapia preventivas.</p> <p>Los exámenes de detección se cubren una vez por año calendario</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p> <p>Los afiliados de nuestro plan que tienen trastorno por uso de opioides (OUD, en inglés) podrán recibir la cobertura de los servicios para el tratamiento del OUD a través de Programa de tratamiento por uso de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT, en inglés) agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) de EE.UU. • Expendio y administración de medicamentos MAT (si procede) • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de ingesta 	<p>Usted paga \$0 de copago por cada servicio del programa de tratamiento de opioides cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones periódicas <p>Ciertos servicios de telesalud, incluido el siguiente: tratamiento de opiáceos. Tiene la opción de recibir estos servicios ya sea a través de una consulta en persona o a través de la telesalud. Si decide recibir estos servicios a través de la telesalud, deberá utilizar un proveedor de red que ofrezca actualmente el servicio a través de la telesalud. Puede usar un teléfono, una computadora, una tableta u otra tecnología de video.</p>	
<p>Pruebas de diagnóstico para pacientes externos y servicios terapéuticos y suministros Se requiere la aprobación previa del plan para los servicios radiológicos de diagnóstico y los servicios radiológicos terapéuticos.</p> <p>Se requiere autorización previa para radiografías, procedimientos y pruebas diagnósticas y servicios de laboratorio.</p> <p>Los proveedores que soliciten pruebas, análisis de laboratorio y otros servicios auxiliares deben derivar a los proveedores participantes.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Terapia de radiación (radioterapia y terapia de isótopos), incluidos los materiales y los servicios técnicos • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre: incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre y de glóbulos rojos total comienza con la primera pinta de sangre que necesite. La cobertura del almacenamiento y la administración comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias <p>Nota: los servicios prestados en un entorno de PCP por una compañía externa tendrán un costo compartido igual al de los servicios prestados en otros entornos.</p>	<p>Usted paga los siguientes costos por los siguientes servicios cubiertos de Medicare:</p> <p>Servicios de laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • El afiliado paga un copago de \$8. <p>Radiografías</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio prestado en el consultorio del médico de cabecera - Copago de \$0 • Servicio prestado en cualquier otro entorno: copago de \$10 <p>Si un afiliado recibe varios servicios en el mismo lugar el mismo día, solo se aplica el copago máximo.</p> <p>Servicios radiológicos de diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomografías computarizadas - El afiliado paga un copago de \$75 • MRI - El afiliado paga un copago de 100 dólares • Tomografía por emisión de positrones - El afiliado paga un copago de 150 dólares <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • El afiliado paga \$20 de copago. <p>Servicios radiológicos terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los afiliados pagan el 20% del costo total

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
	Se puede aplicar un copago por visita al consultorio separado.
<p>Observación hospitalaria para pacientes externos</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se prestan para determinar si es necesario admitirlo como paciente internado o si se le puede dar el alta. Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital o pedir exámenes para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para ingresarlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga el costo compartido de servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podría ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente externo, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "<i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i>" Esta hoja informativa está disponible en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratuitamente a estos números las 24 horas, todos los días.</p>	No hay coseguro, copago o deducible para la observación de pacientes ambulatorios en el hospital.
<p>Servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>Se requiere aprobación previa del plan para algunas cirugías que se realizan el mismo día.</p> <p>Algunos servicios ambulatorios requieren autorización previa, entre ellos, pero no exclusivamente, los servicios de investigación y experimentación, la cirugía y/o los procedimientos ambulatorios, y los procedimientos que son potencialmente cosméticos.</p> <p>Para obtener una lista completa, consulte experiencehealthnc.com/mapriorauthorization.</p>	Usted paga el copago/coseguro como paciente ambulatorio aplicable para cada uno de estos servicios.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted obtiene en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios en un departamento de emergencia o en una clínica para pacientes ambulatorios, como los servicios de observación o la cirugía para pacientes ambulatorios • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Cuidado de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento hospitalario sin esta. • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital. <p>Se requiere a los proveedores que obtengan autorización previa para ciertos procedimientos de diagnóstico por imagen de alta tecnología.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no se puede autoadministrar. <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para ingresarlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga el costo compartido de servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podría ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente externo, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "<i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i>" Esta hoja informativa está disponible en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratuitamente a estos números las 24 horas, todos los días.</p>	
<p>Atención de salud mental como pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de terapia</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p> <p>Ciertos servicios de salud mental ambulatorios requieren una aprobación previa, excepto en caso de emergencia. Llame al 1-866-397-4584 (TTY llamar al 711). Estos servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia electroconvulsiva (TEC) • Estimulación magnética transcraneal (TMS) • Servicios de salud mental prestados por un proveedor de servicios de salud mental no participante <p>Ciertos servicios de telesalud, incluidos los siguientes: sesiones individuales y grupales para servicios especializados de salud mental y sesiones individuales para servicios psiquiátricos. Tiene la opción de recibir estos servicios ya sea a través de una consulta en persona o a través de la telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios a través de la telesalud, deberá utilizar un proveedor de red que ofrezca actualmente el servicio a través de la telesalud. Puede usar un teléfono, una computadora, una tableta u otra tecnología de video.</p>	<p>individual/grupal para los servicios de salud mental cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación ambulatoria se proporcionan en varios centros para pacientes ambulatorios, como departamentos de atención ambulatoria en hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros integrales de rehabilitación para pacientes externos (CORF).</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por cada visita de fisioterapia y/o terapia del habla/lenguaje cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Las consultas de terapia individual y grupal para el tratamiento para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias están cubiertas por Medicare.</p> <p>Ciertos servicios de telesalud, incluidos los siguientes: Sesiones individuales y grupales para: abuso de sustancias en régimen ambulatorio. Tiene la opción de recibir estos servicios ya sea a través de una consulta en persona o a través de la telesalud. Si</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de tratamiento para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias individual/grupal cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>decide recibir estos servicios a través de la telesalud, deberá utilizar un proveedor de red que ofrezca actualmente el servicio a través de la telesalud. Puede usar un teléfono, una computadora, una tableta u otra tecnología de video.</p>	
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos los servicios prestados en los centros de consulta externa de hospitales y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Algunos servicios ambulatorios requieren autorización previa, entre ellos, pero no exclusivamente, los servicios de investigación y experimentación, la cirugía y/o los procedimientos ambulatorios, y los procedimientos que son potencialmente cosméticos.</p> <p>Nota: Si va a ser operado en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba y solicite que lo admitan como paciente de internación en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de gasto compartido por cirugía ambulatoria. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente ambulatorio.</p>	<p>Usted paga un copago de \$200 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$200 por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio cubierto por Medicare.</p> <p>Se le puede cobrar un copago por separado por los servicios del médico.</p>
<p>Medicamentos de venta libre (OTC)</p> <p>Su cobertura incluye artículos OTC, medicamentos y productos de un catálogo.</p> <p>Puede ordenar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En línea – visite experiencehealthnc.com/OTC. • Telefónicamente – llame a @NationsOTC al 866-311-3607 (TTY: 711). Hay Asesores de experiencia para miembros disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Hay servicios lingüísticos de asistencia disponibles, de ser necesario. • Por correo - Complete y envíe el formulario de pedido en el Catálogo de productos de salud de NationsOTC/Experience. <p>© 2022 NationsBenefits, LLC. y NationsOTC, LLC. Todos los derechos reservados.</p>	<p>Usted tiene \$145 de asignación cada trimestre para gastar en artículos, medicamentos y productos de venta libre aprobados por el plan.</p> <p>Si no utiliza todo el monto de su beneficio OTC trimestral, el saldo restante no se transferirá para el siguiente período de beneficios OTC.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</p> <p>La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio para paciente ambulatorios de hospital o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	
<p>Sistema de respuesta personal en caso de emergencia (PERS, en inglés)</p> <p>Los afiliados tendrán acceso a un sistema de alerta médica (opciones de pulsera y colgante) a través de NationsResponse®, activados por ADT®. Esto le permite una supervisión de 24 horas para mayor tranquilidad, independencia y seguridad. Su sistema de alerta médica le proporcionará la ayuda que necesita con tan solo apretar un botón.</p> <p>NationsResponse® es marca registrada de NationsBenefits, LLC. ©2022 NationsBenefits, LLC. Todos los derechos reservados.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un dispositivo PERS. Este beneficio solo está disponible a través del proveedor designado de PERS.</p>
<p>Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las visitas al consultorio médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica o de cirugía médicamente necesarios proporcionados en el consultorio de un médico, en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamentos de atención ambulatoria en hospitales o cualquier otra ubicación. • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su médico de cabecera o especialista, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, incluidos los siguientes: servicios de médicos de atención primaria, especialistas y otros profesionales de la salud. <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ○ Puede usar un teléfono, una computadora, una tableta u otra tecnología de video • Algunos servicios de telesalud incluyendo consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o 	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita a un Médico de Atención Primaria u otro profesional de la salud para beneficios cubiertos por Medicare en el consultorio de un PCP.</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por cada visita a un especialista o a cualquier otro médico u otro profesional de la salud para beneficios cubiertos por Medicare en el consultorio de un especialista.</p> <p>Inyecciones contra alergias: Usted es responsable de un copago por los servicios profesionales necesarios para la administración de la inyección contra alergias o el costo de la inyección, lo que sea menor. (Nota: Si también se factura una visita al consultorio en el momento de la inyección, el monto del copago que usted debe pagar se</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>profesional de la salud, para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para afiliados con diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal o de acceso crítico en un hospital, un centro de diálisis renal o el hogar del afiliado. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Los servicios de telesalud para afiliados con trastorno de abuso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud ○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o video chat) con su médico durante 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no es un paciente nuevo y ○ El registro no está relacionado con una visita a la consulta en los últimos 7 días y ○ El registro no da lugar a una visita a la consulta en 24 horas o a la cita más próxima disponible. • Evaluación del video y/o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una visita a un consultorio en los últimos 7 días y ○ La evaluación no lleva a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita más temprana disponible. • Consulta de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o registro electrónico de salud. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Cuidados dentales no rutinarios (los servicios con cobertura están limitados a la cirugía de la mandíbula o de estructuras relacionadas, corrección de fracturas de 	<p>limitará al copago de visita al consultorio).</p> <p>Los consultorios médicos que se consideran parte de una clínica hospitalaria pueden facturar por separado los servicios prestados por el médico y otros servicios auxiliares como análisis de laboratorio, radiografías, procedimientos ambulatorios, etc.</p> <p>Se aplicaría el copago aplicable a los pacientes ambulatorios por cada servicio facturado. Consulte a su médico para determinar si los servicios adicionales que se solicitan requerirán que usted pague un copago/coseguro por separado.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos si fueran proporcionados por un médico).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clínicas de atención ambulatoria 	
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones enfermedades de los pies, (como pie martillo o espolón calcáneo). • Cuidado de rutina de los pies para afiliados con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores. 	<p>Usted paga un copago de \$20 por cada visita al podólogo médicamente necesaria cubierta por Medicare.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres mayores de 50 años, los servicios con cobertura incluyen lo siguiente (una vez cada año calendario):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA) 	<p>No hay coseguro, copago o monto deducible para la prueba anual de PSA.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Se requiere aprobación previa del plan para ciertos dispositivos y suministros (como extremidades y componentes artificiales).</p> <p>Para reparaciones y/o reemplazo, se requiere aprobación previa del plan.</p> <p>Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan toda o parte de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, pero no se limitan a: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis de mama (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y la reparación o el reemplazo de prótesis. También incluye cierta cobertura luego de la extirpación o cirugía de cataratas (consulte "Atención de la vista" más adelante en esta sección para ver más detalles).</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% del costo total de cada artículo cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas de rehabilitación pulmonar integrales están cubiertos para afiliados que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) moderada a muy severa, y una</p>	<p>Usted paga un copago de \$15 por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>orden de rehabilitación pulmonar del médico que trate la enfermedad respiratoria crónica.</p> <p>Los servicios de rehabilitación pulmonar están limitados a 72 visitas de por vida.</p>	
<p> Prueba y asesoramiento sobre el consumo indebido de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol cada año calendario para los adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero no son dependientes de este.</p> <p>Si da positivo en la prueba de detección de abuso del alcohol, puede obtener hasta 4 breves sesiones de asesoramiento cara a cara todos los años calendario (si usted es competente y está atento durante el asesoramiento) proporcionados por un médico de atención primaria o un médico calificado en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni monto deducible para el beneficio de la detección cubierta por Medicare y el asesoramiento para reducir el beneficio preventivo contra el abuso del alcohol.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Se requiere aprobación previa del plan.</p> <p>Para personas calificadas, se cubre una LDCT local cada 12 meses.</p> <p>Son afiliados elegibles: las personas de 50 a 77 años de edad que no tienen indicios ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen un historial de consumo de tabaco de al menos 20 paquetes por año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden por escrito para una LDCT durante una visita de evaluación y asesoramiento para la detección de cáncer de pulmón y de toma de decisión compartida que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y que sea proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después del examen inicial con LDCT:</i> los afiliados deben recibir una orden escrita para una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser proporcionada durante cualquier visita apropiada a un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado opta por realizar una visita de asesoramiento sobre el cribado del cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para posteriores cribados del cáncer de pulmón con</p>	<p>No hay coseguro, copago ni monto deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare o para LDCT.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	
<p> Detección de infecciones de transmisión sexual (STIs) y asesoramiento para prevenir las STIs</p> <p>Cubrimos la detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para la clamidia, la gonorrea, la sífilis y la hepatitis B. Estas detecciones están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que están en mayor riesgo de contraer una ITS cuando las pruebas están clasificadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada año calendario o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS (infecciones de transmisión sexual). Solo vamos a cubrir estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un contexto de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>Para el beneficio preventivo de pruebas de ETS y asesoramiento en ETS cubierto por Medicare, no hay ningún coseguro, copago o deducible.</p>
<p>Servicios para el tratamiento de enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a los afiliados a tomar decisiones informadas sobre la atención que reciben. Para los afiliados con enfermedad renal crónica de etapa IV que son derivados por sus médicos, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal de por vida. • Ciertos servicios de telesalud, incluyendo: educación sobre enfermedades renales. Tiene la opción de recibir estos servicios ya sea a través de una consulta en persona o a través de la telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios a través de la telesalud, deberá utilizar un proveedor de red que ofrezca actualmente el servicio a través de la telesalud. Puede usar un teléfono, una computadora, una tableta u otra tecnología de video. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando los pacientes se encuentran temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3) o cuando su proveedor de este servicio no está disponible temporalmente o es inaccesible. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si usted es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial) 	<p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% del costo total de la diálisis renal cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos e insumos para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores capacitados en diálisis para controlar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua) <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos bajo su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información acerca de la cobertura de medicamentos de la Parte B, vaya a la sección "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare".</p>	
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) Se requiere la autorización previa del proveedor designado del plan.</p> <p>(Para la definición de "atención en un centro de enfermería especializada", consulte el capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan "SNF").</p> <p>La cobertura está limitada a 100 días por cada Período de beneficio que comienza el primer día en que un afiliado recibe estos servicios. Consulte el Capítulo 12 de este manual para obtener una definición de "período de beneficio". No se requiere hospitalización previa.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados a usted como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre). • Sangre: incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre y de glóbulos rojos total comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos usualmente proporcionados por los SNF. 	<p>Para una admisión cubierta por Medicare en un centro de enfermería especializada, usted paga:</p> <p>Copago de \$0 cada día durante los días 1-20</p> <p>Un copago de \$203 cada día para los días 21 a 45</p> <p>Copago de \$0 cada día durante los días 46-100</p> <p>No todos los centros de enfermería especializada están certificados para proporcionar equipo médico duradero (DME) y otros suministros. Póngase en contacto con el plan para obtener más información.</p> <p>Si es admitido y dado de alta el mismo día, el día se considera como un día de admisión y cuenta como un día de estadía como paciente internado. Usted será responsable de pagar un día de su copago de centro de enfermería especializada.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Las pruebas de laboratorio usualmente proporcionadas por los SNF. • Los rayos X y otros servicios de radiología usualmente proporcionados por los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, proporcionados normalmente por los SNF. • Servicios del médico/especialista <p>En general, usted recibirá su atención de SNF en los centros de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que tenga que pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad de jubilación con atención continua donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención en un centro de enfermería especializada). • Un SNF en el que viva su cónyuge o pareja de hecho en el momento de abandonar el hospital. 	
<p> Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco)</p> <p><u>Si usted consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos el asesoramiento para dos intentos de dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo alguno para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas presenciales.</p> <p><u>Si usted consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos asesoramiento para dos intentos de dejar de fumar dentro de un período de 12 meses, pero usted pagará el costo compartido de paciente internado o de paciente ambulatorio correspondiente. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas presenciales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni monto deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Terapia de Ejercicios Supervisados (SET)</p> <p>La SET está cubierta para los afiliados que tienen una enfermedad arterial periférica sintomática (PAD).</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por la terapia de ejercicios supervisada cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprender sesiones de 30 a 60 minutos, que incluyan un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para la PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un hospital de forma ambulatoria o en un consultorio médico. • Ser realizado por personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que esté entrenado en la terapia de ejercicios para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o una enfermera practicante/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de apoyo a la vida. <p>La SET puede cubrirse más allá de 36 sesiones durante 12 semanas por otras 36 sesiones durante un período de tiempo prolongado si un médico la considera médicamente necesaria.</p>	
<p>Servicios de transporte</p> <p>Usted tiene cubiertos 12 viajes de ida o de vuelta por motivos que no sean de emergencia a lugares aprobados por el plan dentro del área de servicio del plan. Se proporcionará transporte para obtener beneficios cubiertos que no son de emergencia (Parte A, B, D o complementarios), incluidos artículos y servicios para atender las necesidades de atención médica del afiliado. Comuníquese con NationsBenefits para comenzar: 1-866-311-3607 (TTY 711), las 24 horas, los 7 días de la semana. Llame al menos tres días hábiles antes de la cita deseada.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de transporte. Usted debe utilizar el proveedor de transporte designado.</p>
<p>Servicios que se necesitan con urgencia</p> <p>Los servicios que se necesitan con urgencia se prestan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica no urgente e imprevista que requiere atención médica inmediata pero que, dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, entonces su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios. Ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red se dan si: Usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicos inmediatos por una afección imprevista, pero no se trata de una urgencia médica; o no es razonable, dadas sus</p>	<p>Usted paga \$60 de copago por cada visita de servicios urgentes cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$60 por cada visita de servicios de urgencia a nivel mundial.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>circunstancias, obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red. La participación en los gastos de los servicios que se necesitan con urgencia prestados fuera de la red es la misma que la de los servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Esta cobertura está disponible en todo el mundo.</p> <p>Beneficio máximo anual de \$100,000 para el transporte mundial, la atención de emergencia y de urgencia combinados. Usted es responsable de cualquier costo que supere los \$100,000.</p>	
<p> Cuidado de la vista</p> <p>Servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluyendo el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre los exámenes oculares de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto. • Para personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años de edad o mayores e hispanoamericanos de 65 años de edad o mayores. • Para las personas con diabetes, la detección de la retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (si se somete a dos operaciones de cataratas distintas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación y adquirir dos anteojos después de la segunda). • Para los proveedores de anteojos o lentes de contacto, consulte <i>su Directorio de proveedores</i> y busque en su condado bajo las secciones de Oftalmología y Optometría los proveedores con el símbolo de Gafas de dispensación (👓). <p>* Servicios oftalmológicos complementarios</p> <p>Además de los servicios cubiertos por Medicare, también cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen ocular de rutina: un examen cada año calendario • *Anteojos no cubiertos por Medicare • *\$300 de asignación por año para anteojos/lentes de contacto de rutina. Este máximo se refiere únicamente a los beneficios complementarios. Los anteojos o lentes de 	<p>Usted paga \$0 por cada prueba de glaucoma cubierta por Medicare y un copago de \$0 por cada examen ocular cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo.</p> <p>Después de una operación de cataratas, usted paga un coseguro del 20% del costo total de un par de anteojos básicos con montura estándar, o de un juego de lentes de contacto.</p> <p>Examen ocular de rutina: \$0 de copago</p> <p>Consulte nuestro Directorio de proveedores para identificar proveedores dentro de la red.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>contacto cubiertos por Medicare que se requieren luego de una cirugía de cataratas u otros servicios cubiertos por Medicare no se cuentan para el máximo del beneficio.</p> <p>Usted es responsable de cualquier monto que supere el límite de cobertura.</p> <p>Para aprovechar al máximo su beneficio, acuda a un proveedor de la red. Tiene 12 meses a partir de la fecha del servicio para presentar una reclamación. Siga los pasos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Después de su visita, envíenos su reclamación. <ul style="list-style-type: none"> ○ Los formularios de solicitud están disponibles en línea en https://documents.experiencehealthnc.com/forms/EXH_Member_Claim_Form.pdf(haga clic en Formularios de reclamación). ○ También puede llamar al número de atención al cliente que figura en el reverso de su credencia y le enviaremos por correo un formulario para que lo complete. • Adjunte una factura detallada y un comprobante de pago con su reclamación. • Envíelo por correo a la dirección de Atención al cliente que figura en la contraportada de este folleto. • Espere 30 días para que lo procesemos. 	
<p> Visita preventiva "Bienvenido a Medicare"</p> <p>Los debe prestar un PCP para que estén cubiertos.</p> <p>El plan cubre la visita preventiva "<i>Bienvenido a Medicare</i>". La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluyendo ciertas pruebas de detección e inyecciones), y derivaciones para otros cuidados si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> sólo dentro de los 12 primeros meses en que tenga Medicare Parte B. Cuando concierte su cita, comuníquese al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no cubre el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le indica qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

El siguiente cuadro muestra servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición, o están cubiertos solo bajo condiciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas que se enumeran a continuación. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y en la apelación se decide 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 hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la sección 5.3 del capítulo 9 de este documento).

Servicios sin cobertura de Medicare	No tiene cobertura bajo ninguna condición	Con cobertura solo bajo condiciones específicas
Acupuntura		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias. Además, hay un subsidio de \$50 por visita para un máximo de 20 visitas al año (además de la cobertura de Medicare para la lumbalgia crónica). Consulte el cuadro de beneficios.
Cirugía o procedimientos cosméticos		Con cobertura en caso de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro malformado del cuerpo. Con cobertura para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para el seno no afectado para crear una apariencia simétrica.
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado,	✓	

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios sin cobertura de Medicare	No tiene cobertura bajo ninguna condición	Con cobertura solo bajo condiciones específicas
como la ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.		
Procedimientos o servicios de mejora electiva o voluntaria (incluidos: pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines cosméticos, antienvjecimiento y desempeño mental).		Con cobertura solamente cuando sea médicamente necesario.
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinan como no aceptados generalmente por la comunidad médica.		Puede tener cobertura por Medicare Original bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Tarifas cobradas por la atención por los familiares inmediatos o los miembros de su hogar.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
Comidas a domicilio		Después de su estadía hospitalaria en el hospital o en un centro de enfermería después de ser dado de alta del hospital, tiene derecho a recibir 2 comidas al día durante 14 días.
Servicios de naturopatía (se utilizan tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Servicios odontológicos		Nuestro plan proporciona cierta cobertura para los servicios dentales preventivos y completos, tal y como se describe en el Cuadro de beneficios

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios sin cobertura de Medicare	No tiene cobertura bajo ninguna condición	Con cobertura solo bajo condiciones específicas
		médicos. Algunos servicios odontológicos tienen limitaciones. Para más información, póngase en contacto con el Servicio al cliente llamando al 1-833-777-7394. También puede encontrar los servicios enumerados en experiencehealthnc.com .
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.		Zapatos que son parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo de este. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Enfermería privada	✓	
Habitación privada en un hospital.		Con cobertura solamente cuando sea médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta médica.	✓	
Atención quiropráctica de rutina		Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Servicios oftalmológicos		Nuestro plan proporciona cierta cobertura para los servicios oftalmológicos, tal y como se describe en el Cuadro de Beneficios Médicos. Algunos servicios de visión tienen limitaciones. Para más información, póngase en contacto con el Servicio al cliente llamando al 1-833-777-7394. También puede encontrar los servicios enumerados en experiencehealthnc.com .

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios sin cobertura de Medicare	No tiene cobertura bajo ninguna condición	Con cobertura solo bajo condiciones específicas
Atención podológica de rutina		Alguna cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare; por ejemplo, si usted tiene diabetes.
Servicios de audición		Nuestro plan proporciona cierta cobertura para los servicios de audición, tal y como se describe en el Cuadro de Beneficios Médicos. Algunos servicios de audición tienen limitaciones. Para más información, póngase en contacto con el Servicio al cliente llamando al 1-833-777-7394. También puede encontrar los servicios enumerados en experiencehealthnc.com .
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con las normas de Medicare Original.	✓	Si aparecen en nuestro plan como servicios con cobertura.
Servicios prestados a los veteranos en los centros de Asuntos de veteranos (VA).		Cuando los servicios de emergencia se reciben en hospital VA y el costo compartido de VA es mayor que el costo compartido de nuestro plan, reembolsaremos a los veteranos la diferencia. Los afiliados siguen siendo responsables de nuestros montos de costos compartidos.
Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida		Con cobertura solamente cuando sea médicamente necesario.

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

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo explica las reglas para usar su cobertura para medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de cuidados paliativos.

Sección 1.1	Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan
--------------------	--

El plan generalmente cubrirá los medicamentos siempre y cuando usted siga estas reglas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, un dentista u otro profesional que emite recetas) que le escriba una receta que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- El profesional que emita sus recetas no debe figurar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, usted debe acudir a una farmacia de la red para surtir su medicamento con receta. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.*)
- Su medicamento debe figurar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan (la llamamos "Lista de Medicamentos" para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- los medicamentos deben usarse para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinadas referencias. Para obtener más información sobre una indicación aceptada médicamente, consulte la Sección 3).

SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1	Use una farmacia de la red
--------------------	-----------------------------------

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos surtidos en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionarle los medicamentos con receta con cobertura. El término "medicamentos cubiertos" significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que figuran en la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 2.2	Farmacias de la red
--------------------	----------------------------

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (www.experiencehealthnc.com), y/o llame a Servicio al cliente.

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Usted puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Algunas de nuestras farmacias de la red ofrecen un costo compartido preferente, que puede ser inferior al de una farmacia que ofrece un costo compartido estándar. El *Directorio de farmacias* le dirá cuáles de las farmacias de la red ofrecen un costo compartido preferido. Póngase en contacto con nosotros para obtener más información sobre cómo pueden variar sus costos de bolsillo en función de los distintos medicamentos.

¿Qué pasa si la farmacia que ha estado usando deja de pertenecer a la red?

Si la farmacia que ha estado usando deja de pertenecer a la red del plan, usted tendrá que encontrar una nueva farmacia que esté en la red. O bien, si la farmacia que ha estado utilizando permanece dentro de la red, pero ya no ofrece costos compartidos preferidos, es posible que quiera cambiar de red o de farmacia preferente, si está disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda del Servicio al cliente o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.experiencehealthnc.com.

¿Qué ocurre si necesita una farmacia especializada?

A veces, los medicamentos con receta se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Las farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para los residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, por favor póngase en contacto con el Servicio al cliente.
- Farmacias que sirven al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que distribuyen medicamentos que la FDA restringe a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (**Nota:** Este escenario debería darse raramente.)

Para localizar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de farmacias* o llame al Servicio al cliente.

Sección 2.3 Cómo usar el servicio de venta por correo del plan

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar **hasta 90 días de suministro**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, visite nuestro sitio web en www.experiencehealthnc.com o llame al Servicio al cliente al 1-833-777-7394 (TTY 711) de 8 am a 8 pm todos los días. Para recibir los beneficios del 2024, presente las recetas de farmacia por correo a partir del 1 de enero de 2024. Si utiliza una farmacia de pedido por correo que no está en la red del plan, la receta no tendrá cobertura.

Por lo general, una orden de farmacia de pedido por correo le llegará en no más de 7 a 10 días. Asegúrese de tener al menos un suministro de 14 días de medicamentos a mano. Si no tiene medicamentos suficientes, pídale a su médico que le dé una segunda receta para un suministro de 30 días, y obtenga los

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

medicamentos con receta en una farmacia de la red minorista mientras espera que llegue su suministro para pedido por correo. Si su envío por correo se retrasa, por favor llame a la farmacia con servicio de pedidos por correo al número de teléfono que aparece en el *Directorio de farmacias*.

La farmacia recibe las nuevas recetas directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para ver si desea surtir el medicamento con receta inmediatamente o más tarde. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comuniqué con usted, para saber si enviar, retrasar o detener la nueva receta.

Reposiciones de recetas por correo. Para solicitar reposiciones, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que se terminen los medicamentos que tiene a mano para asegurarse de que el siguiente pedido se envíe a tiempo.

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

Cuando reciba un suministro de medicamentos de largo plazo, el costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro ampliado) de los medicamentos de mantenimiento que figuran en la "Lista de medicamentos" de nuestro plan (los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma de forma regular, para una enfermedad crónica o de larga duración).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de Farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.
2. También 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 esté en la red del plan?

Su receta se puede cubrir en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir los medicamentos con recetas como afiliado de nuestro plan. **Consulte primero con el Servicio al cliente** para ver si hay una farmacia de la red cerca. Es posible que esté obligado a pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Usted se encuentra en una situación de emergencia y necesita un medicamento cubierto de la Parte D, por ejemplo, cuando está en un centro hospitalario ambulatorio;
- Usted está viajando fuera del área de servicio; usted a) se queda sin el medicamento cubierto o b) se enferma y necesita un medicamento con cobertura y no puede acceder a una farmacia de la red;

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

- Usted no puede obtener un medicamento con cobertura de manera oportuna dentro del área de servicio porque, por ejemplo, no hay ninguna farmacia de la red dentro de una distancia razonable que le proporcione servicio de 24 horas;
- Usted reside en un centro de atención a largo plazo, y la farmacia contratada de atención a largo plazo no participa en la red de farmacias del plan; o
- Debe surtir una receta para un medicamento con cobertura y ese medicamento en particular no se encuentra en existencias regularmente en las farmacias accesibles de la red o por correo (por ejemplo, un medicamento huérfano u otra especialidad farmacéutica que normalmente se envía directamente de fabricantes o vendedores especiales).

¿Cómo solicita un reembolso del plan?

Si tiene que usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo) en el momento en que surta el medicamento con receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (El Capítulo 7, Sección 2 explica cómo solicitar al plan que le reembolse el dinero).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos tienen que estar en la "Lista de medicamentos" del plan

Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de Cobertura*, la llamamos "**Lista de medicamentos**" para abreviar.

Los medicamentos de esta lista son elegidos por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos de la Lista de Medicamentos son solo los cubiertos por la Parte D de Medicare.

Generalmente cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando usted cumpla con las demás reglas de cobertura explicadas en este capítulo y que el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que esté *ya sea*:

- aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o condición para la cual se receta,
- -- o -- avalado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Vademécum de los Hospitales de los Estados Unidos y el Sistema de Información sobre medicamentos DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a "medicamentos", esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan igual de bien que el medicamento o producto biológico de marca y suelen costar menos. Existen sustitutos genéricos o alternativas biosimilares para muchos medicamentos de marca. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

¿Qué no está 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 ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en la Lista de Medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2	Hay seis "niveles de costo compartido" para los medicamentos que están en la Lista de Medicamentos
--------------------	---

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de gasto compartido, mayor será el costo del medicamento:

- Nivel 1 de costo compartido: Medicamentos genéricos preferidos
- Nivel 2 de costo compartido: Medicamentos genéricos
- Nivel 3 de reparto de costos: Medicamentos de marca preferida y algunos medicamentos genéricos
- Nivel 4 de reparto de costos: Medicamentos no preferidos
- Nivel 5 de costo compartido: Medicamentos especiales (nivel más alto de medicamentos)
- Nivel 6 de costo compartido: Medicamentos Selectos (el nivel más bajo de medicamentos; un número limitado de medicamentos genéricos para presión arterial alta, diabetes, colesterol alto, osteoporosis y artritis reumatoide para los que ofrecemos un copago bajo o nulo)

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

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

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

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

Tiene cuatro formas de averiguarlo:

1. Revise la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan www.experiencehealthnc.com. La "Lista de medicamentos" del sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame al Servicio al cliente para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de Medicamentos del plan o para solicitar un ejemplar de la lista.
4. Utilice la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan (Myprime.com o llamando al Servicio al cliente). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la "Lista de medicamentos" para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la "Lista de medicamentos" que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, las reglas especiales restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos.”

Siempre que un medicamento seguro y de menor costo funcione tan bien como un medicamento de mayor costo, las normas del plan están diseñadas para alentar a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de costo más bajo.

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 diferir en función de la potencia, la cantidad o la forma del medicamento con receta por su proveedor de atención médica y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (p. ej., 10 mg en lugar de 100 mg; uno por día en lugar de dos por día; comprimido en lugar de líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las siguientes secciones le informan más sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que renunciemos a la restricción en su caso, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no en renunciar a la restricción en su caso. (Consulte el capítulo 9).

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Restricción los medicamentos de marca cuando se dispone de una versión genérica

Por lo general, un medicamento genérico *o un biosimilar intercambiable* funciona igual que un medicamento de marca o un producto biológico *original* y suele costar menos. **En la mayoría de los casos, cuando esté disponible una versión genérica o una versión biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biosimilar original, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica o biosimilar intercambiable en lugar del medicamento de marca o producto biológico original.** Sin embargo, si su proveedor nos ha comunicado la razón médica por la que ni el medicamento genérico, ni el biosimilar *intercambiable*, ni otros medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad funcionarán en su caso, entonces cubriremos el medicamento de marca *o el producto biológico original*. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca o el producto biológico *original* que para el medicamento genérico *o el biosimilar intercambiable*.)

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el medicamento no esté cubierto por el plan.

Intentar un medicamento diferente primero

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero igual de eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerir que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**.

Límites de cantidad

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

SECCIÓN 5 ¿Qué ocurre si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que a usted le gustaría?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría que lo estuviera.
--

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que usted está tomando, o uno que usted y su proveedor creen que debería tomar, que no está en nuestro formulario o está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no esté cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas adicionales o restricciones en la cobertura para ese medicamento, como se explica en la Sección 4.

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de reparto de costos que hace que su costo compartido sea más caro de lo que cree que debería ser.
- Hay cosas que puede hacer si el medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto. Si el medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido, vaya a la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si el medicamento está en un nivel de gasto compartido que hace que su costo sea más caro de lo que cree que debería ser, vaya a la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la "Lista de Medicamentos" o si el medicamento está restringido de alguna manera?

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está restringido, estas son las opciones:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y solicitar al plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio de cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de Medicamentos del plan O debe estar restringido ahora de alguna manera.**

- **Si es un afiliado nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación al plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de un suministro de 30 días. Si su medicamento con receta es para menos días, permitiremos que se surta varias veces hasta un suministro máximo de 30 días de medicación. Los medicamentos con receta se deben obtener en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades menores a la vez para evitar el desperdicio).
- **Para aquellos afiliados que lleven más de 90 días en el plan y residan en un centro de atención a largo plazo y necesiten un suministro inmediato:**
 - cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o de menos tiempo si su receta está hecha para menos días. Esto se suma al suministro temporal anterior.
- **Cambios en el nivel de atención**

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Puede que usted tenga cambios que lo lleven de un nivel de atención a otro. Durante este cambio de nivel de atención, podrían recetarse medicamentos que no están cubiertos por su plan. En ese caso, usted y su médico deben recurrir al proceso de solicitud de determinación de cobertura de su plan.

Para evitar una interrupción en la atención cuando le den de alta, puede obtener un suministro completo para pacientes externos que permita continuar la terapia una vez que el suministro limitado del alta se haya terminado. Este suministro para pacientes ambulatorios está disponible antes del alta de una estancia de la Parte A de Medicare.

Cuando se le admite o se le da de alta de un centro de cuidados intensivos, es posible que no tenga acceso a los medicamentos que se le proporcionaron anteriormente. Sin embargo, puede obtener una recarga al ser admitido o dado de alta.

La Política de Transición no puede utilizarse para un medicamento que no pertenezca a la Parte D o para un medicamento fuera de la red, a menos que usted califique para acceso fuera de la red. Consulte la sección 7 para obtener información sobre los medicamentos no pertenecientes a la Parte D.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicio al cliente.

Mientras esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, usted debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando su suministro temporal se acabe. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento.

Hable con su proveedor acerca de si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Usted puede llamar a Servicio de Atención al Cliente para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y que cubra el medicamento de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor le dice que tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, él puede ayudarle a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede solicitar que el plan cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de Medicamentos del plan. O puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, el Capítulo 9, sesión 6.4 le indica lo que debe hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D**Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera que es demasiado alto?**

Si el medicamento está en un nivel de gasto compartido que usted piensa que es demasiado alto, aquí hay cosas que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de gastos compartidos que usted considera demasiado alto, hable con su proveedor. Es posible que haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio de Atención al cliente para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor le dice que tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, él puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, el Capítulo 9, sesión 6.4 le indica lo que debe hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

Los medicamentos de nuestro nivel 5 (medicamentos especializados) no pueden acogerse a este tipo de excepción. No reducimos el monto del gasto compartido para los medicamentos de este nivel.

SECCIÓN 6 ¿Qué ocurre si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?**Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año**

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar algunos cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos.”**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o bajo.**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de Medicamentos del plan.

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D**Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?****Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando se producen cambios en la Lista de Medicamentos, publicamos información sobre dichos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea periódicamente. A continuación señalamos las ocasiones en que se le avisará directamente si se hacen cambios en un medicamento que esté tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que le afectan durante el año en curso del plan

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca que figura en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos)**
 - Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo estamos reemplazando con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo o y con las mismas o menos restricciones. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra "Lista de Medicamentos", pero pasarlo inmediatamente a un nivel superior de participación en los gastos o añadir nuevas restricciones, o ambas cosas, cuando se añada el nuevo genérico.
 - Es posible que no le informemos con antelación antes de realizar ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hagamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Puede que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
 - Usted o el profesional autorizado a dar recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para saber cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9.

Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la "Lista de Medicamentos" que se retiran del mercado

- A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos de inmediato.
- El profesional que emita sus recetas también sabrá acerca de este cambio, y podrá trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección. Otros cambios en los medicamentos de la Lista de Medicamentos
- Podremos hacer otros cambios una vez que el año haya comenzado que afecten a los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para sustituir un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

medicamento de marca o ambas cosas. También podríamos hacer cambios en base a advertencias con recuadro de la FDA o a nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

- Para estos cambios, debemos avisarle del cambio con al menos 30 días de antelación o avisarle del cambio y de la reposición para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
- Después de recibir el aviso del cambio, debe trabajar con el profesional que emite sus recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para cumplir con cualquier restricción nueva sobre el medicamento que está tomando.
- Usted o el profesional que emita sus recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriéndole el medicamento. Para saber cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9.

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

Podemos hacer ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no se describen arriba. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente le afectarán a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo.

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

- Movemos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Ponemos una nueva restricción en su uso del medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que usted está tomando (excepto si se retira del mercado, un medicamento genérico sustituye a un medicamento de marca o cualquier otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará a su uso ni a lo que paga como parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional a su uso del medicamento.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de Medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos no cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos
--

Esta sección le dice qué tipos de medicamentos con receta están excluidos. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si toma medicamentos que están excluidos, deberá pagarlos usted. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, vaya al Capítulo 9).

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Aquí hay tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan por lo general no puede cubrir el uso fuera de la etiqueta. **"Uso fuera de la etiqueta"** es cualquier uso del medicamento distinto de los indicados en la etiqueta de un medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura del "uso fuera de etiqueta" solo se permite cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del Servicio de Formulario del Hospital Americano y el Sistema de Información DRUGDEX.

Además, por ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Los medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para favorecer la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para favorecer el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparados de fluoruro
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso
- Los medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante pretende exigir que los ensayos o servicios de monitoreo asociados sean adquiridos exclusivamente del fabricante como condición de venta

Ofrecemos una cobertura adicional de algunos medicamentos con receta (cobertura mejorada de medicamentos) que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare. Nuestro plan cubre un medicamento para la disfunción sexual. Para obtener más detalles sobre la ubicación y los límites de los niveles, consulte el formulario. El monto que paga por estos medicamentos no cuenta para que pueda acceder a la etapa de cobertura catastrófica. (La etapa de cobertura catastrófica se describe en el Capítulo 6, Sección 7 de este documento).

Además, si usted está recibiendo "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus recetas, el programa "Extra Help" no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Consulte la "Lista de Medicamentos" del plan o llame al Servicio al cliente para obtener más información. Los números de teléfono del Servicio al cliente figuran en la contraportada de este folleto). Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con el programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta médica

Sección 8.1 Proporcione su información de afiliación

Para surtir su receta, proporcione la información de afiliación de su plan, que se puede encontrar en su tarjeta de afiliación, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted tendrá que pagar a la *farmacia* su parte del costo cuando recoja su medicamento con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de miembro con usted?

Si no lleva consigo los datos de afiliación a su plan cuando va a surtir su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedir a la farmacia que busque los datos de afiliación a su plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo recoja.** (Luego, **nos puede pedir que le reembolsemos** nuestra parte. 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 usted está en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por el plan?

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la estancia. Una vez que deje el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre que estos cumplan todas nuestras normas 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) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un centro LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o de la que este utilice, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro LTC o la que utiliza es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o asistencia, póngase en contacto con el Servicio al cliente. Si se encuentra en un centro LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de forma rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias LTC.

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D**¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que está restringido de alguna manera?**

Consulte la Sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia

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

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través del plan grupal de su empleador o jubilación (o el de su cónyuge o pareja de hecho), por favor póngase en contacto con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella puede ayudarle a determinar cómo su cobertura actual de medicamentos con receta funcionará con nuestro plan.

En general, si tiene una cobertura de grupo para empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que obtendrá de nosotros será *secundaria* a su cobertura de grupo. Eso significa que su cobertura de grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o el grupo de jubilación debe enviarle un aviso que le informa si su cobertura de medicamentos con receta para el próximo año calendario es acreditable.

Si la cobertura del plan grupal es acreditable, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que, en promedio, pagaría por lo menos tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.

Guarde este aviso sobre la cobertura acreditable porque puede necesitarlo más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió el aviso de cobertura acreditable, solicite un ejemplar al administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué pasa si 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 está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por sus cuidados paliativos porque no están relacionados con su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que emite recetas o de su proveedor de cuidados paliativos que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de cuidados paliativos o profesional que emite recetas que le notifique antes de surtir su receta.

En el caso de que usted revoque su elección de cuidados paliativos o sea dado de alta de este, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar cualquier retraso en una farmacia cuando termina su beneficio de cuidados paliativos, traiga documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de los medicamentos y su gestión****Sección 10.1 Programas para ayudar a los afiliados a usar los medicamentos de forma segura**

Realizamos revisiones de uso de medicamentos para nuestros miembros para ayudar a asegurar que estén recibiendo atención segura y apropiada.

Hacemos una revisión cada vez que usted surte los medicamentos con receta. También revisamos nuestros registros de manera regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o género
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos con ingredientes a los que es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opiáceos

Si vemos un posible problema en el uso de los medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los afiliados a usar de manera segura sus medicamentos opiodes

Tenemos un programa que puede ayudar a asegurar que nuestros afiliados usen de manera segura sus medicamentos opiodes con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Drogas (DMP). Si usted utiliza medicamentos opiodes que obtiene de varios médicos o farmacias, o si hace poco tuvo una sobredosis de opiodes, podremos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opiodes es apropiado y médicamente necesario. En colaboración con sus médicos, si decidimos que su consumo de opiáceos con receta puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Requerir que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiodes en determinada(s) farmacia(s)
- Requerir que obtenga todos sus medicamentos opiodes con receta de cierto(s) médico(s)
- Limitar la cantidad de medicamentos opiodes que le cubriremos

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. 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 sólo de un médico o farmacia específicos. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar, y cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

carta confirmando la limitación. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su profesional de salud tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte en el capítulo 9 información sobre cómo presentar una apelación.

Es posible que el DMP no se aplique a usted si tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer o anemia falciforme, si está recibiendo atención en hospicio, cuidados paliativos, o de final de la vida, o si vive en un centro de cuidados de largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Administración de Terapia de Medicamentos (MTM) para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros afiliados con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia de Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para ayudarnos a garantizar que nuestros afiliados obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos afiliados que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen altos costos de medicamentos o que están en un DMP para ayudar a los afiliados a usar sus opioides de manera segura podrían obtener servicios a través de un programa de MTM. Si cumple los requisitos del programa, un farmacéutico u otro profesional de salud le hará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con y sin receta. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que esté tomando, cuánto toma, y cuándo y por qué los toma. Además, los afiliados que participen en el programa MTM recibirán información sobre cómo desechar de manera segura los medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a su visita o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También mantenga su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de ir al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, avisenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente.

CAPÍTULO 6.

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

¿Recibe actualmente ayuda para pagar los medicamentos?

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, es posible que **parte de la información que figura en esta *Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D* quizás no se aplique a usted**. Le enviamos un encarte separado, llamado "*Cláusula Adicional de Constancia de Cobertura para personas que tienen Ayuda Adicional para pagar medicamentos con receta*" (también conocido como "Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos" o "Cláusula Adicional de LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no cuenta con este inserto, llame a Servicio al cliente y solicite la "Cláusula LIS".

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, usamos "medicamento" en este capítulo para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos tienen cobertura bajo la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para entender la información sobre el pago, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué normas debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5, Secciones 1 a 4 explican estas reglas. Cuando utilice la "Herramienta de Beneficios en Tiempo Real" del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 3, Sección 3.3), el costo mostrado se proporciona en "tiempo real", lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando al Servicio al cliente.

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

Hay diferentes tipos de costos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se llama "**costo compartido**", y hay tres maneras en que se le puede pedir que pague.

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

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los costos de bolsillo

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para sus costos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para realizar un seguimiento de sus costos de bolsillo.

Estos pagos se incluyen en sus costos de bolsillo

Sus costos de bolsillo incluyen los pagos que se indican a continuación (siempre que se trate de medicamentos cubiertos por la Parte D y que usted haya seguido las normas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de cobertura inicial
 - La Etapa del período sin cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si es **usted** quien hace estos pagos, se incluyen en sus costos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en sus costos de bolsillo si son realizados en su nombre por **ciertas otras personas u organizaciones**. Esto incluye pagos por sus medicamentos hechos por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia de medicamentos contra el SIDA, por un Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal que sea admitido por Medicare, o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos realizados por el programa "Extra Help" de Medicare.
- Algunos de los pagos efectuados por el Programa de Descuento del Período sin Cobertura de Medicare están incluidos en sus gastos de bolsillo. El monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca está incluido. Sin embargo, el monto que el plan paga por los medicamentos genéricos no está incluida.

Pasando a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o las personas que paguen en su nombre) haya gastado un total de \$8,000 en gastos de bolsillo dentro del año natural, pasará de la Etapa sin Cobertura a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

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

Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ningunos de estos tipos de pagos:

- Los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtenga en una farmacia fuera de la red que no cumplan con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Los pagos que realice por los medicamentos con receta por nuestra cobertura adicional pero que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Los pagos que realiza para medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Los pagos realizados por el plan por medicamentos de marca o genéricos durante la Etapa del período sin cobertura.
- Los pagos por los medicamentos realizados por planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos que son realizados por ciertos planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Pagos de sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar costos de medicamentos con receta (por ejemplo, la indemnización por accidentes de trabajo).

Recordatorio: Si alguna otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus costos de bolsillo por medicamentos, usted está obligado a informar a nuestro plan llamando al Servicio al cliente.

¿Cómo puede realizar un seguimiento del total de sus gastos de bolsillo?

- **Lo ayudaremos.** El informe de Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D que usted recibe incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los \$8,000, este informe le indicará que ha abandonado la Etapa sin Cobertura y ha pasado a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le indica qué puede hacer para ayudar a asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

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

- **Recetas alternativas de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada solicitud de prescripción.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de los medicamentos y los pagos que realiza por los medicamentos, usamos los registros que recibimos de las farmacias. Aquí es cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Mostrar su tarjeta de afiliación cada vez que le surtan una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de conocer las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus costos de bolsillo, envíenos copias de sus recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe entregarnos copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando hizo un copago por medicamentos que se proporcionan bajo un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos.
 - Siempre que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
 - Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hayan hecho por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus costos de bolsillo. Guarde un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llámenos al Servicio al cliente. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Experience Health Medicare Advantage

Para Experience Health Medicare Advantage no hay ningún deducible. Comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga la suya

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde le surtan la receta

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte (su copago o coseguro). Su parte del costo variará dependiendo del medicamento y del lugar donde obtenga el medicamento con receta.

El plan tiene seis niveles de costo combinado

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número del nivel de gasto compartido, mayor será el costo del medicamento:

- Nivel 1 de costo compartido: Medicamentos genéricos preferidos
- Nivel 2 de costo compartido: Medicamentos genéricos
- Nivel 3 de costo compartido: Medicamentos de marca preferida y algunos genéricos (*Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel*).
- Nivel 4 de costo compartido: Medicamentos no preferidos (*Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel*).
- Costo compartido Nivel 5: Medicamentos especializados
- Nivel 6 de costo compartido: Medicamentos Selectos (el nivel más bajo de medicamentos; un número limitado de medicamentos genéricos para presión arterial alta, diabetes, colesterol alto, osteoporosis y artritis reumatoide para los que ofrecemos un copago bajo o nulo)

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento depende de si recibe el medicamento de:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos las recetas de farmacias fuera de la red en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos medicamentos con receta obtenidos en una farmacia fuera de la red.

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

- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y sobre cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias del plan*.

Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos para un suministro de <i>un mes</i> de un medicamento.
--------------------	--

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

Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel de reparto de costos en el que se encuentre su medicamento.

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

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de *un mes* de un medicamento con receta de la Parte D cubierto:

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

	Costo compartido estándar de la venta Al por menor (en la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido estándar de la venta por correo (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo preferido (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para más detalles). (suministro de hasta 30 días)
Nivel					
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	\$5 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos preferidos)	\$45 de copago	\$45 de copago	\$45 de copago	\$45 de copago	\$45 de copago
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	\$99 de copago	\$99 de copago	\$99 de copago	\$99 de copago	\$99 de copago
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos de especialidad. Limitado a un suministro de 30 días por surtido)	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos de cuidados selectos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

Usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Consulte la sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre la participación en los gastos de las vacunas de la Parte D.

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

Normalmente, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedir a su médico que le recete y a su farmacéutico que le dispense, menos de un mes completo de suministro de sus medicamentos, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de reabastecimiento de las distintas recetas.

Si su médico le receta menos de un suministro de un mes completo, no tendrá que pagar el suministro del mes completo para ciertos medicamentos.

- Si usted debe pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si tiene que pagar un copago por el medicamento, solo pagará por el número de días del medicamento que reciba en lugar de un mes entero. Calcularemos el monto que usted paga por día por su medicamento (el "tasa de costo compartido diario") y lo multiplicaremos por el número de días del medicamento que usted recibe.

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos para un suministro a *largo plazo* (hasta 90 días) de un medicamento.

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido"). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días.

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

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

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a *largo plazo* de un medicamento con receta de la Parte D cubierto:

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

Nivel	Costo compartido estándar (dentro de la red) (suministro de 90 días)	Costo compartido estándar de la venta por correo (suministro de hasta 90 días)	Costo compartido de pedido por correo preferido (suministro de hasta 90 días)
Nivel de gasto compartido 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	\$15 de copago	\$15 de copago	\$12.50 de copago
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos preferidos)	\$135 de copago	\$135 de copago	\$112.50 de copago
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	\$297 de copago	\$297 de copago	\$247.50 de copago
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos de especialidad. Limitado a un suministro de 30 días por surtido)	No se dispone de un suministro a largo plazo para los medicamentos de Nivel 5	No se dispone de un suministro a largo plazo para los medicamentos de Nivel 5	No se dispone de un suministro a largo plazo para los medicamentos de Nivel 5
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos de cuidados selectos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

Usted no pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

<p>Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales de medicamentos en el año lleguen a los \$5,030</p>
--

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos con receta que ha surtido alcance el límite de \$5,030 de la Etapa de Cobertura Inicial.

La EOB de la Parte D que usted recibe le ayudará a llevar un control de cuánto han gastado usted, el plan y cualquier tercero en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite de \$5,030 en un año.

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

Le haremos saber si alcanza este monto de \$5,030. Si llega a este monto, dejará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de período sin cobertura. Sección 1.3Cómo calcula Medicare los gastos de bolsillo

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del período sin cobertura

Cuando está en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de descuento para la etapa del período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de expendio de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga, como el monto descontado por el fabricante cuentan para sus costos de bolsillo como si los hubiera pagado usted y le hacen pasar por el vacío de cobertura.

También recibirá cobertura para algunos medicamentos genéricos. Usted paga un copago de \$0 por un suministro para 30 días de medicamentos del Nivel 6 de Cuidado Selecto en una farmacia minorista estándar, una farmacia estándar de pedido por correo o una farmacia preferida de pedido por correo. Usted no paga más del 25% del costo de todos los demás medicamentos genéricos cubiertos y el plan paga el resto. Solo cuenta el monto que usted paga, y se mueve a través del período sin cobertura.

Usted sigue pagando estos costos hasta que sus pagos anuales de bolsillo alcancen el monto máximo que ha fijado Medicare. Una vez que alcance este monto de \$8,000, deja de la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para sus costos de bolsillo.

Los requisitos de coseguro de la Etapa de interrupción de la cobertura no se aplican a los productos de insulina cubiertos por la Parte D ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.

Usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

En el apartado 9 de este capítulo encontrará más información sobre las vacunas de la Parte D y los gastos compartidos de las vacunas de la Parte D.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga el importe total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted entra en la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el límite de \$8,000 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario.

- Durante esta fase de pago, el plan abona el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que se paga depende de cómo y dónde se consiga

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Encontrará estas vacunas en la "Lista de medicamentos" del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la "Lista de medicamentos" de su plan o póngase en contacto con el Servicio al cliente para obtener información sobre la cobertura y los gastos compartidos de determinadas vacunas.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de la **vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **darle la vacuna**. (Esto se denomina a veces "administración" de la vacuna).

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

- 1. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).**
 - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.
- 2. Dónde se obtiene la vacuna.**
 - La vacuna en sí puede ser surtida por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
- 3. ¿Quién le da la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. Otra posibilidad es que el médico se lo administre en la consulta.

Lo que pague en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar en función de las circunstancias y de la fase de pago **del medicamento** en la que se encuentre.

- A veces, cuando se vacuna, hay que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo del proveedor que la administra. Puede pedirle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otras ocasiones, cuando usted se vacuna, solo pagará la parte del costo que le corresponde según su beneficio de la Parte D. Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.

A continuación, se presentan tres ejemplos de formas de vacunación de la Parte D.

Situación 1: La vacuna de la Parte D se administra en la farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar donde usted vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren determinadas vacunas).

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

- Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su copago o coseguro por la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor que se la administre.
- A continuación, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el importe íntegro que pagó. En el caso de otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el importe que pagó menos cualquier copago o coseguro por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en sí en su farmacia y luego la lleva a la consulta de su médico, donde le administran la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia su copago o coseguro por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de este servicio.
- A continuación, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde, utilizando los procedimientos descritos en el capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el importe íntegro que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna, y menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos esta diferencia).

Algunos médicos pueden procesar sus reclamaciones de vacunas de la Parte D en el consultorio directamente a través de su beneficio de farmacia, por lo que solo tendrá que pagar su coseguro o copago por receta. Pregunte a su médico si él/ella participa en este programa.

Capítulo 7:

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.

Capítulo 7 Cómo pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que tenga que pagar el costo total. Otras veces, es posible que note que ha pagado más de lo que usted esperaba bajo las reglas de cobertura del plan. En cualquier caso, puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse (a la devolución del dinero a menudo se le llama "reembolso"). Usted tiene derecho a recibir un reembolso por nuestro plan siempre que haya pagado más que su parte del gasto por servicios médicos o por medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber fechas límite que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido o, posiblemente, por un monto superior a su parte de costos compartidos, tal y como se comenta en el documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Examinaremos el proyecto de ley y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarlo, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, todavía tiene derecho al tratamiento.

He aquí ejemplos de situaciones en las que podría tener que pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o que se necesita con urgencia de un proveedor que no esté en la red de nuestro plan

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de urgencia de cualquier proveedor, pertenezca o no a nuestra red. En estos casos,

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia. Si paga usted mismo la totalidad del monto en el momento de recibir la atención, pídanos que le devolvamos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de los pagos realizados.
- Es posible que reciba una factura del proveedor pidiéndole un pago que usted cree que no debe. Envíenos la factura, junto con la documentación de los pagos que ya haya realizado.
 - Si se le debe algún monto al proveedor, le pagaremos directamente a él.
 - Si ya ha pagado un monto mayor a su parte de los gastos del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte de los gastos.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle directamente al plan y solicitarle a usted únicamente el pago de su parte de los costos. Sin embargo, en algunas ocasiones pueden cometer errores y solicitarle que pague un monto mayor al que corresponde a su parte de los costos.

- Usted solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos separados adicionales, lo que se denomina "facturación de saldo". Esta protección (con la que nunca paga más que el monto de gastos compartidos que le corresponde) se aplica incluso si pagamos al proveedor

Capítulo 7 Cómo pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

un monto menor al que el proveedor cobra por el servicio e incluso si hay una controversia y no pagamos determinados costos del proveedor.

- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de red que considere que tiene un monto superior al que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de la facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación correspondiente a los pagos que haya realizado y solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía según el plan.

3. Si se inscribe en nuestro plan retroactivamente

En algunas ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya ha transcurrido. Incluso es posible que la fecha de inscripción haya sido el año anterior).

Si ha sido inscrito en el plan de manera retroactiva y pagó de su bolsillo alguno de los servicios o los medicamentos con cobertura después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá presentar documentación como recibos y facturas para que podamos tramitar el reembolso.

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si eso ocurre, deberá pagar el costo total de la receta.

Guarde la receta y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte de los costos. Recuerde que solo cubrimos las farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Vea el Capítulo 5, Sección 2.5 para una discusión de estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no tiene consigo su tarjeta de afiliación

Si no tiene la tarjeta de afiliación al plan con usted, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o buscar la información de suscripción al plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de suscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo completo de la receta.

Guarde la receta y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte de los costos.

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

Es posible que deba pagar el costo completo de la receta porque descubre que el medicamento no cuenta con cobertura por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no figure en la "Lista de medicamentos" del plan o que tenga un requisito o restricción que usted desconocía o no cree que deba aplicársele. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo completo del medicamento.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte de los costos.

Capítulo 7 Cómo pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si negamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El capítulo 9 de este documento tiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 **Cómo pedirnos que le reembolsemos o que le paguemos una factura que ha recibido**

Puede solicitarnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea realizar una copia de la factura y de los recibos para su registro. **Debe presentarnos su reclamación dentro de los 12 meses en el caso de servicios médicos, o de los 3 años en el caso de medicamentos de la Parte D**, a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar el formulario de reclamos para solicitarnos el pago.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido. La siguiente información es necesaria para procesar cualquier solicitud de reembolso.

Nombre del afiliado

Número de identificación del afiliado (que se encuentra en su tarjeta de identificación)

Fecha de servicio

Descripción de los servicios

Nombre y dirección del proveedor

Recibo de que todo ha sido pagado

- Descargue un ejemplar del formulario de nuestro sitio web (www.experiencehealthnc.com) o llame al Servicio al cliente y pida el formulario.

Envíe la solicitud de pago correo junto con las facturas o los recibos abonados a esta dirección:

Para reclamos médicos:

Experience Health
Attn: Medical Claims
PO Box 3633
Durham, NC 27702

Para reclamaciones de medicamentos con receta:

Experience Health
Attn: Prescription Drug Claims
PO Box 3633
Durham, NC 27702

Póngase en contacto con el Servicio de atención al cliente si tiene preguntas. Si no conoce qué monto debería haber pagado o si recibe facturas y no sabe qué debe hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea brindarnos más información acerca de una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

Capítulo 7 Cómo pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos**SECCIÓN 3 Estudiaremos su solicitud de pago y diremos "sí" o "no"****Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento, y cuánto debemos**

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos información adicional sobre usted. De lo contrario, analizaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso de su parte de los gastos. Si aún no pagó el servicio o el medicamento, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o que usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le decimos que no pagaremos toda o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que cometimos un error al rechazar la solicitud de pago o si no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta un recurso, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de recurso es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para los detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como afiliado al plan

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)
--

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con culturas y orígenes étnicos diversos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros: prestación de servicios de traducción, interpretación, teletipo o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene personas y servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los afiliados que no hablen inglés. Algunos documentos pueden estar disponibles en los 15 principales idiomas que se hablan en nuestro estado. También podemos darle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si la necesita. Estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicio de Atención al Cliente.

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

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán 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 necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, para acudir a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame para presentar una reclamación al plan al 1-833-777-7394 (TTY 711), de 8 am a 8 pm todos los días. También puede presentar una queja a Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de una manera que funcione para usted (en otros idiomas aparte de inglés, en braille o en letras grandes)

Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan tiene personas y servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas de afiliados discapacitados y no angloparlantes. Algunos documentos pueden estar disponibles en los 15 principales idiomas que se hablan en nuestro estado. También podemos darle información en braille o en letras grandes sin costo alguno si la necesita. Se nos exige que le demos información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de

una manera que funcione para usted, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y apropiado para usted, por favor llame al plan para presentar un agravio al 1-833-777-7394 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, todos los días. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Constancia de Cobertura o con este envío, o puede comunicarse con el Servicio al cliente al 1-833-777-7394 (TTY 711) de 8 am a 8 pm, todos los días, para obtener información adicional.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted acceda puntualmente a sus servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para proporcionar y coordinar sus servicios cubiertos. No le exigimos que obtenga derivaciones para ir a los proveedores de la red.

Usted tiene el derecho de tener citas y recibir servicios cubiertos de la red de prestadores del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho de surtir sus medicamentos con recetas o volver a obtenerlos en cualquiera de las farmacias de la red sin largas demoras.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o sus medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 9, Sección 9 le indica lo que 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 de salud personal. Protegemos su información de salud personal tal como lo requieren estas leyes.

- Su información de su salud personal incluye la información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como sus historias clínicas y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se utiliza su información de la salud. Le proporcionamos un aviso por escrito, denominado "**Aviso de prácticas de privacidad**", que le informa sobre estos derechos y le explica cómo protegemos la privacidad de la información de su salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no puedan ver ni modificar sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información de salud a cualquier persona que no le brinde ni pague por su atención, *estamos obligados a obtener permiso por escrito de usted o de alguien a quien haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted primero*.
- Hay ciertas excepciones que no requieren que obtengamos su permiso por escrito primero. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
 - Estamos obligados a facilitar información médica a los organismos gubernamentales que controlan la calidad de la atención.

- Debido a que usted es afiliado de nuestro plan a través de Medicare, debemos proporcionar a Medicare su información de salud, incluida la información sobre los medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para la investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera exclusiva.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otras personas

Usted tiene derecho a consultar su historial médico en poder del plan y a obtener una copia de este. Se nos permite cobrarle una tarifa por realizar copias. También tiene el derecho de solicitarnos que hagamos adiciones o correcciones en sus registros médicos. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios se deben realizar.

Tiene el derecho de saber cómo su información de salud ha sido compartida con otras personas para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame al Servicio de Atención al Cliente.

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

Como afiliado de Experience Health Medicare Advantage, usted tiene derecho a obtener varios tipos de información de nosotros.

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre nuestra red de proveedores y farmacias.** Tiene derecho a obtener información sobre la calificación de los proveedores y farmacias de nuestra red y sobre cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe respetar al usar su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan 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.** El Capítulo 9 brinda información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto, o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5	Debemos proteger su derecho a tomar decisiones sobre su atención
--------------------	---

Tiene el derecho de conocer sus opciones de tratamiento y de participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene el derecho de obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda entender*.

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

- **Derecho a conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar lo que cuesten o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye el derecho a recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los afiliados a administrar los medicamentos y a usarlos de manera segura.
- **Derecho a conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre cualquier riesgo relacionado con su atención. Debe ser informado de antemano si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tendrá la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otra institución médica, incluso si su médico le aconseja que no se retire. También tiene derecho a dejar de tomar el medicamento. Por supuesto, si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar el medicamento, usted acepta la responsabilidad completa de lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

Tiene el derecho de dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si usted no es capaz de tomar decisiones médicas por usted mismo

En ocasiones, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismos debido a accidentes o a enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que desea que suceda en caso de que se encontrara en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Llene un formulario escrito para darle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez se vuelve incapaz de tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si se viese impedido de tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan "**instrucciones anticipadas**." Hay diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos llamados "**testamento en vida**" y "**poder notarial para atención médica**" son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea usar una "**instrucción anticipada**" para otorgar indicaciones, esto es lo que debe hacer:

- **Consiga el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de material de oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de instrucción anticipada de organizaciones que otorgan a las personas información sobre Medicare. También puede ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Cliente para solicitar los formularios.
- **Complételo y firmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Considere solicitar la ayuda de un abogado para prepararlo.

- **Proporcione copias a las personas adecuadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que pueda tomar decisiones por usted si no puede hacerlo. Quizás quiera dar copias a sus amigos o familiares cercanos. Guarde una copia en casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado, y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva consigo.
- Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que es usted quien decide si quiere emitir una directiva anticipada (incluido si quiere firmarla si está en el hospital). Según las leyes, nadie puede negarle atención o discriminarlo por si ha firmado o no una instrucción anticipada.

¿Qué ocurre si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una instrucción anticipada y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones, puede presentar una queja en la Agencia del área para las personas mayores.

Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **tenemos la obligación de tratarlo a usted de manera justa.**

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no están siendo respetados?
--------------------	---

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles del** Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o a TTY 1-800-537-7697, o comunicarse con su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otra problemática?

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y no se trata de discriminación*, puede recibir ayuda para tratar el problema que está teniendo:

- Puede **llamar al Servicio de Atención al Cliente.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para más detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, 7 días a la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información acerca de sus derechos:

- Puede **llamar al Servicio de Atención al Cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para más detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "*Derechos y Protecciones de Medicare*". (La publicación puede consultarse en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, todos los días (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como afiliado al plan

A continuación, se indica cuáles son sus obligaciones como afiliado del plan. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio de Atención al Cliente.

- **Conozca los servicios con cobertura y las reglas que deberá seguir para obtener los servicios con cobertura.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para saber qué servicios están cubiertos para usted y qué normas debe seguir para obtenerlos.
 - Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre sus servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6, se brinda información acerca de su cobertura para los medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si cuenta con otra cobertura de seguro médico o de medicamentos con receta además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígalos a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, presente su tarjeta de afiliado al plan.
- **Para ayudar a sus médicos y otros proveedores, bríndeles información, hágalos preguntas y realice un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudar a 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 ha acordado con sus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de manera que pueda propiciar el buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Pague lo que debe.** Como afiliado al plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando una prima por su Medicare Parte B para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de nuestros servicios de atención médica o medicamentos, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o el medicamento.
 - Si se le solicita que pague una multa por inscripción tardía, deberá pagarla para mantener la cobertura de medicamentos con receta.
 - Si está obligado pagar el monto adicional de la Parte D debido a su ingreso anual, debe continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo afiliado del plan.
- **Si se muda *dentro de* nuestra área de servicio del plan, aun así necesitamos saberlo** para poder mantener su registro de afiliación al día y saber cómo contactarlo.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, usted no puede seguir siendo un afiliado de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante notificar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo, se explican dos tipos de procesos para manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, es necesario utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, es necesario utilizar el **proceso para presentar quejas**; también llamado reclamaciones.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que debemos seguir tanto nosotros como usted.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado que deberá usar.

Sección 1.2 ¿Cuáles son los términos legales?

Existen términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos por la mayoría de las personas y es posible que sea difícil comprenderlos. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice "presentar una queja" en lugar de "interponer un agravio", "decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización" o "determinación de cobertura" o "determinación de riesgo", y "organización de revisión Independiente" en lugar de "entidad de revisión independiente".
- También se evita el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que conozca los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información adecuada a su situación. Para ayudarlo a que conozca los términos que deberá usar, incluimos los términos legales cuando brindamos información para administrar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe dirigirse al Servicio de Atención al Cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también desee la ayuda o la guía de alguna persona que no esté conectada con nosotros. A continuación hay dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia con Seguro de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud. Los asesores de este programa

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

pueden ayudarlo a comprender qué proceso deberá usar para manejar un problema determinado. También podrán responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle directrices sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

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

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

SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Si tiene un problema o una inquietud, solamente debe leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La siguiente guía lo ayudará.

¿Su problema o inquietud están relacionados con los beneficios o con la cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos recetados de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Pase a la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 4, "Guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones"**.

No.

Pase a la **Sección 10** de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes"**.

**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES****SECCIÓN 4 Guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones****Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama general**

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se refieren a problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, solemos referirnos a los productos y servicios médicos y a los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como "**atención médica**". Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelación para cuestiones como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo deriva a un especialista médico que no pertenece a la red, esta derivación 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 Prueba de Cobertura deje claro que el servicio derivado no está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos una atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. En casos limitados se desestimaré una solicitud respecto de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Como ejemplos de casos en los que se desestimaré una solicitud se incluye que la solicitud esté incompleta, que alguien presente la solicitud en su nombre pero no esté legalmente autorizado a hacerlo o si usted solicita que se la retire. Si desestimamos una solicitud respecto de una decisión de cobertura, le enviaremos una notificación en la que le explicaremos por qué la solicitud fue desestimada y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Tomaremos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidamos qué servicios cuentan con cobertura para usted y cuánto pagaremos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o ha dejado de estarlo por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En determinadas circunstancias, de las que hablaremos más adelante, puede solicitar una **apelación acelerada** o "rápida" de una decisión de cobertura. Su apelación será manejada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si estábamos siguiendo las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En casos limitados se desestimaré una solicitud de apelación, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Como ejemplos de casos en los que se desestimaré una solicitud se incluye que la solicitud esté

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

incompleta, que alguien presente la solicitud en su nombre pero no esté legalmente autorizado a hacerlo o si usted solicita que se la retire. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos una notificación en la que le explicaremos por qué la solicitud fue desestimada y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si rechazamos total o parcialmente su apelación de nivel 1 por atención médica, su apelación pasará automáticamente al nivel 2, a cargo de una organización de revisión independiente ajena a nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar un recurso de nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Vea la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre los recursos de Nivel 2.
- Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos toda o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de niveles de apelación adicionales (la Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando se solicita una decisión de cobertura o se presenta una apelación
--------------------	--

Estos son recursos que posiblemente desee utilizar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Usted **puede llamarnos al Servicio de atención al cliente.**
- Usted **puede obtener ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia con Seguros de Salud.
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda en una apelación más allá del nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite el formulario de "*Nombramiento de representante*". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/descargas/cms1696.pdf)
 - Para la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es negada en el Nivel 1, será automáticamente reenviada al Nivel 2.
 - En el caso de los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otro profesional que emite recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si se niega su apelación de Nivel 1, su médico o profesional que emite recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame al Servicio al cliente y solicite el formulario de *Nombramiento de Representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en

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

[Forms/descargas/cms1696.pdf](#)) El formulario otorga a la persona permiso para actuar en su nombre. Debe ser firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Usted debe darnos un ejemplar del formulario firmado.

- Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podremos comenzar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito explicándole su derecho a pedir a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su asociación local de abogados u otro servicio de derivación. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, para pedir cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión, **usted no está obligado a contratar a un abogado.**

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo da los detalles de su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes reglas y fechas límite, brindamos información sobre cada uno en una sección independiente:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 6** de este capítulo: "Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más larga si cree que el médico le da el alta demasiado pronto"
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que continuemos la cobertura de determinados servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto" (*Solo se aplica a estos servicios: servicios de atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada y en Centros de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF)*)

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame al Servicio al cliente. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura****Apartado 5.1 Este apartado le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si quiere que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de su atención médica**

Este apartado trata de sus beneficios por atención médica. Los beneficios se describen en el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)* En algunos casos, se aplican normas diferentes a la solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos con receta de la Parte B de las reglas para artículos y servicios médicos.

En esta sección, se indica qué hacer si se encuentra en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted no está recibiendo cierta atención médica que desea, y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico quiera darle, y usted cree que esta atención está cubierta por el plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Ha recibido atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, pero le hemos dicho que no pagaremos por esta atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Ha recibido y pagado por atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, y quiere pedir a nuestro plan que le reembolse dicha atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Le están diciendo que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que nosotros aprobamos previamente se reducirá o se interrumpirá, y usted cree que reducir o interrumpir esa atención podría dañar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: si la cobertura que se va a interrumpir corresponde a la atención hospitalaria, a la atención médica a domicilio, a la atención en un centro de enfermería especializada o a los servicios en un centro de rehabilitación ambulatoria (CORF) debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

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

Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se llama "**determinación de la organización**".

Una decisión rápida de cobertura se llama "**determinación acelerada**".

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

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de los 14 días o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Por lo general, la decisión de cobertura rápida se toma en un plazo

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

de 72 horas, en el caso de los servicios médicos, o de 24 horas, en el caso de los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Sólo puede *solicitar la* cobertura de artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Sólo puede obtener una decisión de *cobertura rápida* si el uso de los plazos estándar podría *causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad de funcionamiento*.
- **Si su médico nos dice que su estado de salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente aceptaremos dársela.**
- **Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le demos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que utilizaremos las fechas límite estándar.
 - Explica que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
 - Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Solicitar nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: consideramos su solicitud de cobertura de asistencia médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos las fechas límite estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si su solicitud se refiere a un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle **podemos tardar hasta 14 días más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos utilizar días adicionales, le informaremos por escrito. No podremos tomarnos tiempo extra para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tardar más días, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. (Véase la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas.)

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

Para las decisiones de Cobertura Rápida usamos un marco de tiempo acelerado

Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es 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 las 24 horas.

- **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días más**. Si decidimos utilizar días adicionales, le informaremos por escrito. No podremos tomarnos tiempo extra para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tardar más días, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Le llamaremos tan pronto como hayamos tomado la decisión.
- Si nuestra respuesta es "no" a parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué hemos dicho que no.

Paso 4: Si decimos que "no" a su solicitud de cobertura de la atención médica, puede apelar.

- Si rechazamos la solicitud, usted tiene el derecho de 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 apelación.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama "**reconsideración**" del plan.

Una apelación rápida también se llama "**reconsideración acelerada**".

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar suele presentarse en un plazo de 30 días o de 7 días para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida suele presentarse en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que hemos tomado sobre la cobertura de una atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos indica que su salud requiere una apelación rápida, le brindaremos una apelación rápida.
- Los requisitos para conseguir una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que figuran en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- Si pide una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos. El capítulo 2 contiene información de contacto.

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

- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene una buena razón para no hacerlo, explique la razón por la que su apelación está retrasada cuando presente su apelación. Podremos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Se nos permite cobrar una tarifa por la copia y el envío de esta información.

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos cuidadosamente toda la información. Comprobamos para ver si respetamos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Recogeremos más información si es necesario, posiblemente poniéndonos en contacto con usted o con su médico.

Fechas límite para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación**. Le daremos una respuesta antes si el estado de su salud lo requiere.
 - Sin embargo, si usted pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, podemos **tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos utilizar días adicionales, le informaremos 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 damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del período prolongado si nos tomamos días extra), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aprobamos una parte o todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y remitiremos 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 su apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Si su afección médica lo requiere, le daremos la decisión antes.

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

- Sin embargo, si usted pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, podemos **tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos utilizar días adicionales, le informaremos por escrito. No podremos tomarnos tiempo extra para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tardar más días, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le brindaremos una respuesta a su queja en el transcurso de las 24 horas posteriores. (Véase la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas)
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, la enviaremos automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es "**Entidad de Revisión Independiente**". A veces se la llama "**IRE**".

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es un organismo gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Le enviaremos la información acerca de su apelación a esta organización. Esta información se denomina su "**archivo de caso**". **Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso**. Estamos autorizados a cobrarle una tasa por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2

- Para la apelación rápida, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14**

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

días calendario más. La organización de revisión independiente no puede tardar más tiempo en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

- En el caso de la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más.** La organización de revisión independiente no puede tardar más tiempo en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

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

- **Si la organización revisora dice que sí a una parte o a toda la solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de 72 horas o prestar el servicio en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de la decisión de la organización revisora para las solicitudes estándar. Para las solicitudes aceleradas, disponemos de 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización revisora acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento** con receta de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en un plazo de **72 horas** tras recibir la decisión de la organización revisora para las **solicitudes estándar.** Para **solicitudes urgentes,** disponemos de **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** significa que está de acuerdo con nosotros en que no se debe aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se llama **mantener la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicando su decisión.
 - Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelación.
 - Informarle cómo presentar una apelación de nivel 3.

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

Paso 3: si su caso cumple con los requisitos, usted decide si quiere seguir adelante con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos nuestra parte de la factura que ha recibido por la atención médica?

En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que es posible que deba solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También informa cómo enviarnos la documentación para solicitar el pago.

La solicitud de reembolso es una solicitud de decisión de cobertura

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que ha pagado está cubierta. También verificaremos si siguió todas las normas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si aprobamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted ha seguido todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en un plazo de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no ha pagado por la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si decimos que no a su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le diremos que no pagaremos la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que modifiquemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos la solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario siguientes a la recepción de su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos el monto de la factura de atención médica que ya recibió y pagó, no tendrá derecho a solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a la apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, deberemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor en el transcurso de los 60 días calendario posteriores.

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

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 En esta sección, se indica 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 que un medicamento cuente con cobertura, se deberá usar para una indicación aceptada médicamente. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre 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 se refiere únicamente a sus medicamentos de la Parte D. Para facilitar la comprensión, generalmente *nos* referimos a "medicamento" en el resto de esta sección, *en lugar de repetir "medicamento con receta para pacientes ambulatorios con cobertura" o "medicamento de la Parte D"*. También usamos el término "*lista de medicamentos*" en lugar de "*Lista de medicamentos cubiertos*" o "*Formulario*".

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su medicamento con receta no se puede surtir tal como figura en la receta, la farmacia le enviará un aviso por escrito explicando cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de los beneficios y la cobertura, o acerca del monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitar que quitemos una restricción de cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitar el pago de un monto menor de costo compartido por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicite una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4.**
- Pague un medicamento con receta que ya ha comprado. **Solicite que le devolvamos el dinero. Sección 6.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección, se indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

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

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos a veces se llama pedir una **"excepción al formulario"**.

Solicitar la eliminación de una restricción a la cobertura de un medicamento a veces se llama solicitar una **"excepción al formulario"**.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se llama solicitar una **"excepción de nivel"**.

Si un medicamento no cuenta con cobertura de la manera que desea, puede solicitarnos que realicemos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que emite recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son algunos ejemplos de excepciones que podrán solicitarnos usted, su médico u otro profesional que emita recetas:

1. **Cómo se cubre un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, tendrá que pagar el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4 Medicamentos no preferidos. No puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Si acordamos realizar una excepción, y quitar una restricción para usted, podrá solicitar una excepción para el monto de copago o coseguro que requerimos que pague para el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el número de nivel de gastos compartidos, menor será lo que deba pagar como la parte del costo del medicamento que le corresponde.
 - Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamento(s) alternativo(s) para el tratamiento de su condición médica que se encuentran en un nivel de costos compartidos más bajos que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al(a los) medicamento(s) alternativo(s).
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento a un costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su enfermedad.
 - Si el medicamento que está tomando es de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con el monto de costo compartido aplicable al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para el tratamiento de su enfermedad.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para el tratamiento de su afección.

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

- No podrá pedirnos que cambiemos el nivel de reparto de costos para cualquier medicamento del Nivel 5 de Medicamentos Especiales.
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel de costos compartidos más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe conocer si solicita excepciones

Su médico nos deberá indicar los motivos médicos

Su médico u otra persona que emita recetas nos deberán brindar una declaración que explique los motivos médicos de la solicitud de una excepción. Para obtener una decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico u otra persona que emita recetas cuando solicite la excepción.

Generalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección determinada. Estas posibilidades se denominan **medicamentos** alternativos. Si un medicamento alternativo es tan eficaz como el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general *no* aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en el nivel o niveles de costos compartidos más bajos no funcionen tan bien para usted o sea probable que le causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente será válida hasta el final del año del plan. Esto es verdadero siempre y cuando su médico continúe emitiendo una receta para el medicamento a su nombre y ese medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si denegamos su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando un recurso.

Sección 6.4 Paso por paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal

Una decisión rápida de cobertura se llama "**determinación acelerada**".

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

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

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una decisión rápida sobre la cobertura. Para conseguir una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Debe estar solicitando un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar que le devuelvan la decisión de cobertura rápida por un medicamento que ya ha comprado).

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

- El uso de las fechas límite estándar podría causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otro profesional que le recete medicamentos nos indica que su estado de salud requiere una decisión rápida de cobertura, se la daremos automáticamente.**
- **Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico o profesional de la salud, decidiremos si su estado de salud requiere que le demos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que utilizaremos las fechas límite estándar.
 - En esta carta se le informará que si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, se la daremos automáticamente.
 - Le dirá cómo puede presentar una reclamación rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su reclamación en un plazo máximo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura desde nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el formulario Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de *CMS* o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique la reclamación denegada que está apelando.

Usted, su médico (u otro médico que emita recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo, se indica cómo otorgar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la "declaración de respaldo"** que es la razón médica de la excepción. Su médico u otro profesional que emita recetas podrán enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien su médico u otra persona que emita recetas podrán indicarnos por teléfono la declaración, y luego enviarla por escrito por fax o por correo si es necesario.

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

Fechas límite para una decisión de cobertura rápida

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** siguientes 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 de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta antes si el estado de su salud lo requiere.
 - Si no cumplimos esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aprobamos una parte o todo lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de su solicitud o de la justificación del médico.

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

- Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué hemos dicho que no. También le diremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar de un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración justificativa de su médico. Le daremos una respuesta antes si el estado de su salud lo requiere.
 - Si no cumplimos esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente.
- Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que apoye su solicitud.
- Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué hemos dicho que no. También le diremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar para el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** siguientes a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- Si aprobamos una parte o todo lo que solicitó, también estamos obligados a hacerle el pago dentro de los 14 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud.
- Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué hemos dicho que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos la solicitud, usted tiene el derecho de 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 apelación.

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

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se llama "**redeterminación**" de plan.

Una apelación rápida también se llama "**redeterminación acelerada**".

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

Una apelación estándar suele presentarse en un plazo de 7 días. Una apelación rápida suele presentarse en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si apela una decisión que tomamos acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que emita recetas, deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para conseguir una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que figuran en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: usted, su representante, su médico u otro profesional que emita recetas deben ponerse en contacto con nosotros y presentar su apelación de nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar un **recurso rápido**.

- **Para las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al (1-833-777-7394, TTY 711).** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el formulario *Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web. Por favor asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene una buena razón para no hacerlo, explique la razón por la que su apelación está retrasada cuando presente su apelación. Podremos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación. Estamos autorizados a cobrar una tarifa por la copia y el envío de esta información.

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

- Cuando recibimos su apelación, analizamos nuevamente en detalle toda la información acerca de su solicitud de cobertura. Comprobamos para ver si respetamos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional que emita recetas para obtener más información.

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

Fechas límite para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación**. Le daremos una respuesta antes si el estado de su salud lo requiere.
 - Si no le otorgamos una respuesta en el transcurso de las 72 horas posteriores, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aprobamos una parte o todo lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar para un medicamento que aún no ha recibido

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le daremos nuestra respuesta antes si aún no ha recibido el medicamento y si su estado de salud lo requiere.
 - Si no le damos una decisión dentro de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos proporcionarle la cobertura tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero no más tarde de **7 días** naturales después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar para el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** siguientes a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, también estamos obligados a pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué hemos dicho que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: si decimos que no a su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelación y hacer *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2****Término legal**

El nombre formal de la organización de revisión independiente es "**Entidad de Revisión Independiente**". A veces se la llama "**IRE**".

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es un organismo gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: usted (o su representante o su médico u otro profesional que emita recetas) debe ponerse en contacto con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos que no a su apelación de nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe seguir y cómo comunicarse con 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 "**en riesgo**" según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Le enviaremos la información acerca de su apelación a esta organización. Esta información se denomina su "**archivo de caso**". **Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso**. Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

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

Los revisores de la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para la apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización de revisión está de acuerdo en darle una apelación rápida, esta debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Fechas límite para la apelación estándar

- Si tiene una apelación estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya ha comprado, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

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

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

Para las apelaciones rápidas:

- Si la organización de revisión independiente aprueba una parte o la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

Para las apelaciones estándar:

- Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.
- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días naturales** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué ocurre si la organización de revisión rechaza la apelación?

Si esta organización rechaza una **parte o la totalidad de su apelación**, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud (o parte de su solicitud). Esto se denomina “**confirmación de la decisión**”. También se denomina “**rechazo de la apelación**”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificándole sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, usted no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- Indicándole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: si su caso cumple los requisitos, usted decide si quiere seguir adelante con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3 los detalles sobre cómo hacerlo se incluyen en el aviso por escrito que obtuvo después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este Capítulo, se brinda más información sobre 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, reclamos)

SECCIÓN 7 **Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más larga si cree que le dan el alta demasiado pronto**

Cuando es hospitalizado, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios con cobertura que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía con cobertura en el hospital, su médico y el personal del hospital estarán trabajando con usted para prepararse para el día que parta del hospital. También ayudarán a organizar la atención médica que pueda necesitar después de irse.

- El día que deja el hospital se llama "**fecha de alta**".
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que se le pide que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía en el hospital más larga y se analizará su solicitud.

Sección 7.1 Durante su estadía hospitalaria, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará de sus derechos

Dentro de los dos días de ser admitido en el hospital, se le entregará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todos los que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al cliente 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 este aviso cuidadosamente y pregunte si hay algo que no entiende. Este le informa:

- Su derecho a recibir servicios con cobertura de Medicare durante su estadía en el hospital y después de ésta, según lo indique su médico. Entre ellos, se incluye el derecho a conocer estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía hospitalaria.
- Su derecho a conocer dónde informar cualquier inquietud relacionada con la calidad de la atención del hospital.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si cree que le dan el alta demasiado pronto. Se trata de una manera formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que conoce sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firmen el aviso.
- La firma del aviso demuestra *únicamente* que usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica la fecha de alta. La firma del aviso **no significa** que usted está aceptando una fecha de alta.

3. Guarde su ejemplar del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o reportar una inquietud sobre la calidad de la atención) si necesita hacerlo.

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

- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha del alta, obtendrá otra copia antes de que se registre su alta.
- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Servicio al cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), todos los días, las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar el anuncio en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso por paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea solicitarnos la cobertura de los servicios hospitalarios durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda qué debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla las fechas límite.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor llame al Servicio al cliente. O llame al Programa Estatal de Asistencia con Seguro de Salud, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Compruebe si la fecha de alta prevista es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal para comprobar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a los beneficiarios de Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital para personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Deberá actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O bien, busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad *antes de* que abandone el hospital y **antes de la medianoche del día del alta**.
 - **Si cumple con esta fecha límite**, podrá permanecer en el hospital *después de* su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización para la mejora de la calidad.
 - **Si no cumple con esta fecha límite** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta prevista, es posible que *tenga que pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta prevista.

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

- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, y aún así desea apelar, debe presentar una apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener información acerca de esta otra manera de presentar una apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después de que contacten con nosotros, le daremos un **Aviso detallado del alta**. En este aviso se indica la fecha prevista del alta y se explican detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando al Servicio al cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un modelo de aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Para el mediodía del día siguiente en que los revisores nos informaron de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le da su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros pensamos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué ocurre si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización revisora dice que *sí*, **debemos seguir proporcionándole los servicios hospitalarios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (tales como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que existan limitaciones en los servicios hospitalarios con cobertura.

¿Qué ocurre si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión *rechaza* la apelación, están diciendo que su fecha de alta prevista es médicamente apropiada. Si esto ocurre, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios terminará** a mediodía del día *siguiente* al que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide quedarse en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo** total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente al que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

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

Paso 4: si la respuesta a su apelación de nivel 1 es negativa, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad ha *rechazado* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta prevista, entonces puede presentar otra apelación. La presentación de otra apelación significa que pasará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 7.3	Paso por paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la organización para la mejora de la calidad que analice nuevamente la decisión que tomó durante la primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estancia después de la fecha de alta prevista.

Paso 1: vuelva a ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad y pida otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de nivel 1. Podrá solicitar esta revisión únicamente si permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la organización para la mejora de calidad analizarán nuevamente en detalle toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

Si la organización de revisión aprueba la apelación:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que ha recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Tenemos que seguir cubriendo sus cuidados hospitalarios mientras sean médicamente necesarios.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión rechaza la apelación:

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1. Esto se denomina “confirmación de la decisión”.
- El aviso que recibirá le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

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

Paso 4: Si la respuesta es no, tendrá que decidir si quiere seguir adelante con su apelación pasando al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto se incluyen en el aviso por escrito que obtuvo después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este Capítulo, se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4	¿Qué ocurre si se le pasa el plazo para presentar su apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria?
--------------------	--

Término legal

Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina " apelación acelerada ".
--

En su lugar, podrá presentarnos la apelación a nosotros.

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para iniciar su apelación de Nivel 1 de su fecha de alta hospitalaria. Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra forma de apelar, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Paso 1: Contáctenos y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos solicita que le brindemos una respuesta con fechas límite rápidas, en lugar de las estándar. El capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de su fecha de alta prevista, comprobando si era médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información relacionada con su estadía hospitalaria. Comprobamos si la fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted. Controlamos si la decisión que se tomó acerca de la fecha en la que debe salir del hospital es justa, y si se siguieron todas las normas.

Paso 3: le comunicamos nuestra decisión dentro de las 72 horas después de que solicite una revisión rápida.

- **Si aprobamos su apelación** significa que estamos de acuerdo con usted en que debe seguir en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos proporcionando sus servicios hospitalarios cubiertos mientras sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. (Deberá pagar su parte 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, reclamos)

- **Si decimos que no a su apelación**, estamos diciendo que su fecha de alta prevista era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios finaliza a partir del día en el que indicamos que la cobertura finalizaría.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta prevista, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta prevista.

Paso 4: Si decimos que **no a su apelación rápida**, su caso será **automáticamente** enviado al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

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

Término legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es " Entidad de Revisión Independiente ". A veces se la llama " IRE ".

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionado con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en el transcurso de las 24 horas posteriores a la fecha en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos con esta fecha límite o con otras, puede presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo, se explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le otorgarán una respuesta en el transcurso de las 72 horas posteriores.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán en detalle toda la información relacionada con la apelación de su fecha de alta del hospital.
- **Si esta organización aprueba su apelación**, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que ha recibido desde la fecha de su alta prevista. También deberemos continuar con la cobertura del plan de los servicios hospitalarios siempre que sea médicamente necesario. Deberá continuar pagando su parte de los costos compartidos. Si hay limitaciones de cobertura, éstas podrían limitar el monto que deberíamos reembolsarle o el tiempo que deberíamos continuar brindándole cobertura para el servicio.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que están de acuerdo en que su fecha de alta hospitalaria prevista era médicamente apropiada.
 - El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador.

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

Paso 3: si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir adelante con ella.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, deberá decidir si aceptará la decisión o si continuará con la apelación de Nivel 3.
- En la sección 9 de este capítulo, se brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 **Cómo solicitarnos que continuemos la cobertura de determinados servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto**

Sección 8.1 *En esta sección, se tratan solamente tres servicios: Atención médica en el hogar, atención en centros de enfermería especializada y servicios en Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)*

Cuando recibe **servicios de salud en el hogar cubiertos, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Si decidimos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, deberemos informárselo de antemano. Cuando termine su cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** En esta sección, se indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 **Le comunicaremos con antelación cuándo finaliza su cobertura**

Término legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación por la vía rápida.** Solicitar una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo interrumpir su atención.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le dice:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su asistencia durante más tiempo.
2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo ha recibido.** La firma de la notificación muestra *solo* que ha recibido la información sobre el cese de su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

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

Sección 8.3 Paso por paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que el plan cubra su atención durante un período más prolongado

Si desea solicitarnos la cobertura de la atención durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda qué debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla las fechas límite.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor llame al Servicio al cliente. O llame al Programa Estatal de Asistencia con Seguro de Salud, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para comprobar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a los beneficiarios de Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: presente su apelación de Nivel 1: Póngase en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y solicite una *apelación acelerada*. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare-*) le indica cómo ponerse en contacto con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con el plazo para contactar con la Organización para la mejora de la calidad, y aún así desea presentar una apelación, debe hacerlo directamente ante nosotros. Para más detalles sobre esta otra forma de hacer su apelación, vea la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Término legal

Explicación detallada de la no cobertura. Aviso que da detalles sobre las razones para finalizar la cobertura.

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

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los 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 nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- Al final del día en que los revisores nos comuniquen su apelación, recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** en la que se explican detalladamente los motivos por los que hemos puesto fin a la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los revisores le dirán cuál es su decisión.

¿Qué ocurre si los revisores aprueban la apelación?

- Si los revisores *aprueban* su apelación, entonces **debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (tales como deducibles o copagos, si corresponden). Puede haber limitaciones en los servicios cubiertos.

¿Qué ocurre si los revisores rechazan la apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura terminará en la fecha que le hemos indicado.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que finaliza su cobertura, tendrá **que pagar usted mismo el costo total de esta atención.**

Paso 4: si la respuesta a su apelación de nivel 1 es negativa, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado su cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4	Paso por paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que el plan cubra su atención durante un período más prolongado
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la mejora de la calidad que vuelva a examinar la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Paso 1: vuelva a ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad y pida otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** posteriores al día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechaza* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si continuó recibiendo atención después de la fecha en la que finalizó la cobertura de su atención.

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

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la organización para la mejora de calidad analizarán nuevamente en detalle toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días siguientes a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué ocurre si la organización de revisión aprueba la apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. **Debemos continuar proporcionando cobertura** para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Deberá continuar pagando su parte de los costos compartidos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué ocurre si la organización de revisión rechaza la apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que recibirá le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es manejado por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: si la respuesta es negativa, tendrá que decidir si quiere seguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelaciones después del Nivel 2 para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a la apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe tras la decisión sobre la apelación de nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador. En la sección 9 de este capítulo, se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué ocurre si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?
--

En su lugar, podrá presentarnos la apelación a nosotros.

Como se ha explicado anteriormente, debe actuar con rapidez para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su primera apelación (en uno o dos días, como máximo). Si no se comunica con esta organización antes de la fecha límite, hay otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra forma de apelar, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Término legal
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina " apelación acelerada ".

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

Paso 1: Contáctenos y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos solicita que le brindemos una respuesta con fechas límite rápidas, en lugar de las estándar. El capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre cuándo terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información relacionada con su caso. Revisamos si se respetaron todas las reglas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de las 72 horas después de que solicite una revisión rápida.

- **Si aprobamos su apelación** significa que hemos acordado con usted que necesita los servicios durante más tiempo, y seguiremos proporcionando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. (Deberá pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le comunicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si ha seguido recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si decimos que *no* a su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es " Entidad de Revisión Independiente ". A veces se la llama " IRE ".

Paso a paso: Proceso de Apelación Alternativa de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que hemos tomado sobre su apelación rápida. Esta organización decide si la decisión debe ser modificada. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está conectada con nuestro plan y no es un organismo gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para encargarse del trabajo de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: enviamos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en el transcurso de las 24 horas posteriores a la fecha en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos con esta fecha límite o con otras, puede presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo, se explica cómo presentar una queja).

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

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le otorgarán una respuesta en el transcurso de las 72 horas posteriores.

- Los revisores de la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización de revisión aprueba su apelación**, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. También debemos seguir cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Deberá continuar pagando su parte de los costos compartidos. Si hay limitaciones de cobertura, éstos podrían limitar el monto que deberemos reembolsarle o el tiempo que deberemos continuar brindándole cobertura para los servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que nuestro plan tomó en su primera apelación y no la cambiará.
 - El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si quiere seguir adelante con ella.

- Hay tres niveles adicionales de apelaciones después del Nivel 2 para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a la apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe tras la decisión sobre la apelación de nivel 2.
- En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado de arbitraje. En la sección 9 de este capítulo, se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su recurso al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Es posible que esta sección sea adecuada para usted si ha realizado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y si ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o del servicio médico que apeló cumple con determinados niveles mínimos, podrá pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá realizar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación, se detalla quién revisa las apelaciones en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

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

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador aprueba su apelación, el proceso de apelación puede o no puede terminar.** A diferencia de una apelación de nivel 2, tenemos derecho a una apelación de nivel 3 que le sea favorable. Si decidimos apelar, lo haremos en 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 adjudicador.
 - 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 a la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o prestar la atención médica en disputa.
- **Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, el proceso de apelación puede o no terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finalizará.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de nivel 4.

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

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo se niega a revisar la solicitud de una decisión de apelación de Nivel 3 favorable, el proceso de apelación puede o no terminar.** A diferencia de una apelación de nivel 2, tenemos derecho una apelación de nivel 4 que le sea favorable. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo se niega a revisar la solicitud, el proceso de apelación puede o no terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finalizará.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de nivel 5 y cómo continuar con una apelación de nivel 5.

Apelación de nivel 5 Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y *aprobará* o *rechazará* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más instancias de apelación tras el Tribunal Federal de Distrito.

**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de la Parte D**

Es posible que esta sección sea adecuada para usted si ha realizado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y si ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del medicamento que apeló cumple con un monto en dólares determinado, podrá pasar a niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no podrá realizar más apelaciones. La respuesta escrita que reciba a su apelación de nivel 2 le explicará con quién debe ponerse en contacto y qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación, se detalla quién revisa las apelaciones en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación ha terminado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación puede o no terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finalizará.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para 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 es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación ha terminado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación puede o no terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finalizará.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud de revisar la apelación, el aviso que reciba le dirá si las normas le permiten pasar a la apelación de Nivel 5. También le indicará con quién debe ponerse en contacto y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

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

- Un juez revisará toda la información y *aprobará* o *rechazará* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más instancias de apelación tras el Tribunal Federal de Distrito.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de queja?

El proceso de queja *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicio de Atención al Cliente que recibe. A continuación, se presentan ejemplos de los tipos de problemas que se tratan con el proceso de quejas.

Quejas	Ejemplo
Calidad de la atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, Servicio de Atención al Cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está contento con nuestro Servicio de Atención al Cliente? • ¿Siente que lo están incentivando a dejar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para obtener una cita o espera demasiado tiempo para obtenerla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado? ¿O por nuestra Atención al cliente u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos, se incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera, para obtener una receta o en la sala de examen.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos el aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?

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

Quejas	Ejemplo
<p>Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>Si nos ha solicitado que tomemos una decisión de cobertura o ha presentado una apelación y cree que no respondemos con suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted nos solicitó una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida y le hemos dicho que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con las fechas límite para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrirle o reembolsarle determinados artículos o servicios médicos o medicamentos aprobados, puede presentar una reclamación. • Cree que no cumplimos con las fechas límite requeridas para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede hacer una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **Queja** también se llama "**reclamación**".
- **Presentar una queja** también se llama "**presentar una reclamación**".
- **Utilizar el proceso para quejas** también se llama "**utilizar el proceso para presentar una reclamación**".
- Una **queja rápida** también se denomina "**reclamación acelerada**".

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Contáctenos rápidamente, ya sea por teléfono o por carta.

- **Normalmente, llamar al Servicio al cliente es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, el Servicio al cliente se lo hará saber.
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), podrá enviarnos su queja por carta.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Usted, o alguien que apropiadamente designe por escrito como su representante, pueden presentar una queja formal escribiéndonos, explicando en detalle la causa de su insatisfacción. Puede enviar su reclamación por fax o correo, o puede entregarla en persona en utilizando las direcciones o el número de fax que se encuentran en la sección 1 del capítulo 2. Investigaremos su(s) inquietud(es) y le responderemos por escrito.

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

Nuestra respuesta a una reclamación estándar se enviará no demorará más de 30 días calendario después de que la recibamos. Sin embargo, si determinamos que está en su mejor interés tomar una extensión de 14 días calendario para obtener información adicional para resolver su reclamación, le notificaremos por escrito del retraso.

Nuestra respuesta a una reclamación acelerada se proporcionará dentro de 24 horas. Nota: una reclamación acelerada o rápida solo puede presentarse porque hemos negado su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida" o porque hemos tomado una prórroga sobre una apelación o reclamación con la que no está de acuerdo.

- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema que quiere reclamar.

Paso 2: investigamos su reclamo y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos 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 redundaría en su mejor interés o si usted solicita más tiempo, podremos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos utilizar días adicionales, le informaremos por escrito.
- **Si está presentando una queja porque le denegamos su solicitud de una decisión rápida de cobertura o de apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema sobre el que se queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le demos.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

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

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. El capítulo 2 contiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización para la mejora de la calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Experience Health Medicare Advantage directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Cómo terminar su afiliación al plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de la afiliación a nuestro plan

La finalización de su afiliación a Experience Health Medicare Advantage puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Es posible que abandone nuestro plan porque ha decidido que *quiere* irse. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo terminar de forma voluntaria su afiliación.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su afiliación. En la Sección 5, se indican situaciones en las que debemos terminar su afiliación.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y medicamentos recetados, y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su afiliación.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su afiliación a nuestro plan?

Sección 2.1	Usted puede terminar su afiliación durante el Período de inscripción anual
--------------------	---

Puede cancelar su afiliación a nuestro plan durante el **Período de Afiliación Anual** (también conocido como **Período de Afiliación Abierta Anual**). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar 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 recetados.
 - Original Medicare *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 haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D si luego se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare después.

- **Su afiliación a nuestro plan terminará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2	Puede terminar su afiliación durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage
--------------------	---

Tiene la oportunidad de realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- **Cuando es el período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage es del 1 de enero al 31 de marzo.**

- **Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**, puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Dar de baja la inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, en ese momento también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- **Su afiliación terminará** el primer día del mes siguiente a inscribirse en un plan Medicare Advantage diferente o al recibir su solicitud para cambiarse a Medicare Original. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su afiliación al plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En ciertas situaciones, puede terminar su Inscripción durante un Período de inscripción especial
--------------------	---

En ciertas situaciones, los afiliados a Experience Health Medicare Advantage podrían ser elegibles para terminar su afiliación en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

Si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones, usted podría ser elegible para terminar su afiliación durante un Período de Inscripción Especial. Estos son solo ejemplos; para la lista completa puede contactarse con el plan, llamar a Medicare, o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Generalmente, si se ha mudado.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para “Extra Help” con el pago de sus recetas de Medicare.
- Si incumplimos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo cuidados en una institución, como una residencia de ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral a la Tercera Edad (PACE).
- **Nota:** si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10, le dice más sobre los programas de administración de drogas.

Los períodos de inscripción varían dependiendo de su situación.

Para saber si puede acogerse a un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, todos los días. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su afiliación debido a una situación determinada, podrá elegir cambiar la cobertura de salud de Medicare y la cobertura de medicamentos con receta. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- *Original Medicare sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, es posible

que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D si luego se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Por lo general, su afiliación terminará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

Si recibe "Extra Help" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su afiliación?
--------------------	--

Si tiene alguna duda sobre cómo terminar su afiliación, puede hacerlo:

- **Llamar al Servicio de Atención al Cliente.**
- Encuentre la información en el *Manual Medicare y Usted 2024*.
- Contacte 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 3 **¿Cómo se finaliza la afiliación a nuestro plan?**

En la siguiente tabla, se explica cómo debe terminar su afiliación al plan.

Si desea cambiar nuestro plan a:	Debe hacer esto:
<ul style="list-style-type: none">• Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Se le dará de baja automáticamente de Experience Health Medicare Advantage cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Se le dará de baja automáticamente de Experience Health Medicare Advantage cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Si desea cambiar nuestro plan a:	Debe hacer esto:
<ul style="list-style-type: none">• Medicare Original <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Contacte al Servicio de atención al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.• También puede ponerse en contacto con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.• Se cancelará su inscripción en Experience Health Medicare Advantage cuando comience su cobertura Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su afiliación, deberá seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su afiliación y comience su nueva cobertura de Medicare, deberá seguir recibiendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga utilizando nuestra red de proveedores para recibir atención médica.**
- **Siga utilizando nuestras farmacias de la red o de venta por correo para obtener sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día en que termina su afiliación, su estancia hospitalaria estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Experience Health Medicare Advantage debe finalizar su afiliación al plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos poner fin a su afiliación al plan?

Experience Health Medicare Advantage debe cancelar su afiliación al plan si se produce alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame al Servicio al cliente para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga que proporcione cobertura de medicamentos con receta.
- Si nos proporciona de manera intencional información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta la elegibilidad de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar el plan por este motivo a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare).
- Si se comporta de manera continua de un modo perturbador y dificulta la provisión de la atención médica para usted y otros afiliados del plan. (No podemos obligarlo a abandonar el plan por este motivo a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar el plan por este motivo a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare).
 - Si terminamos su afiliación debido a este motivo, es posible que Medicare solicite al inspector general que investigue su caso.

- Si debiese pagar el monto extra de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare lo dará de baja de nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre el momento en que puede terminar su afiliación, llame al Servicio al cliente.

Sección 5.2	No <u>podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud
--------------------	---

Experience Health Medicare Advantage no tiene permitido pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto ocurre?

Si cree que le están pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su afiliación a nuestro plan.
--------------------	--

Si terminamos su membresía en el plan, deberemos informarle los motivos por escrito de la terminación de la afiliación. También deberemos explicarle cómo puede presentar una queja o realizar una queja en relación con nuestra decisión de terminar su afiliación.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Notificación sobre la legislación aplicable

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar a sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no estén incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Notificación sobre la no discriminación

Nosotros no discriminamos por motivos de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención Asequible y todas las demás leyes que se aplican a organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y regla que aplique por cualquier otro motivo.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o trato injusto, por favor llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos al Servicio de atención al cliente. Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Atención al cliente puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Notificación sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios de Medicare con cobertura de los que Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las regulaciones de CMS en 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, Experience Health Medicare Advantage, como organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de cobro que ejerce la Secretaría bajo las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Aviso de no discriminación y accesibilidad

Experience Health proporciona asistencia gratuita a las personas con discapacidades, así como servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no es el inglés. Para obtener ayuda, póngase en contacto con el 1-833-777-7394 (TTY:711), el número del Servicio al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identidad.

Experience Health proporciona asistencia gratuita a las personas con discapacidades, así como servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no es el inglés. Llame al 1-833-777-7394

(TTY:711) Comuníquese con el número para Servicio al cliente que aparece en el reverso de su tarjeta del seguro para obtener ayuda.

SECCIÓN 5 Aviso sobre el formulario del plan

El formulario del plan contiene información importante sobre los medicamentos que cubre el plan. El plan no puede cubrir los medicamentos que no se consideran medicamentos de la Parte B o Parte D, según lo definido por la ley. Determinadas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso como medicamentos de la Parte D. El formulario se puede encontrar en nuestro sitio web en www.experiencehealthnc.com. También puede llamar a Servicio de Atención al Cliente para solicitar una copia impresa.

SECCIÓN 6 Aviso sobre Experience Health, Inc.

Esta Constancia de Cobertura es un contrato entre usted y Experience Health, Inc., que es una corporación independiente que opera bajo una licencia de la Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes Blue Cross y/o Blue Shield, que permite a Experience Health utilizar las marcas de servicio Blue Cross y Blue Shield en el estado de Carolina del Norte. Experience Health no está contratado como agente de la Blue Cross and Blue Shield Association. Usted reconoce y acepta por este medio que no ha firmado esta póliza en base a declaraciones de persona alguna que no sea Experience Health y que ninguna persona, entidad u organización que no sea Experience Health será responsable ante usted por ninguna obligación que esta política imponga a usted. El presente párrafo no crea ninguna obligación adicional por parte de Experience Health salvo las obligaciones contempladas en otras disposiciones del presente contrato o en la ley aplicable. La Asociación de Blue Cross y Blue Shield es una asociación comercial para los Planes de Blue Cross y/o Blue Shield (Licenciatario) independientes y operados localmente. Ni la Asociación ni ninguna de las Licenciatarias independientes de Blue Cross y Blue Shield son responsables o están ligadas por las acciones o inacciones de otra licenciataria de Blue Cross y Blue Shield.

SECCIÓN 7 Responsabilidad de terceras personas (Derecho de subrogación)

Subrogación significa que se le permite al plan recuperar el monto de beneficios médicos que el plan pagó a usted como resultado de una enfermedad o lesión que hayan sido causadas por otra persona. Si pagamos beneficios por gastos médicos o dentales en los que usted incurra como resultado de cualquier acto de un tercero por el que ese tercero sea o pueda ser responsable, y usted posteriormente recupera esos gastos, usted está obligado a reembolsarnos los beneficios pagados de acuerdo con el 42 C.F.R. § 422.108. Nada de lo aquí contenido limitará nuestro derecho a la recuperación de otra fuente que de otra manera podría existir en la ley. Si usted presenta una reclamación contra un tercero por daños y perjuicios que incluyen el reembolso por gastos médicos y medicamento relacionados incurridos para su beneficio, debe proporcionarnos un aviso oportuno por escrito de la reclamación pendiente o potencial escribiendo a Servicio de Atención al Cliente en la dirección del plan enumerados en la Sección 1 del Capítulo 2 de esta Evidencia de cobertura. Además, a petición del plan, debe proporcionarnos cualquier información que necesitemos y firmar cualquier documento que pueda ser requerido para ayudar a recuperar el monto de los beneficios pagados y no hacer nada para perjudicar los derechos de subrogación del plan. Podemos, a nuestro criterio, tomar las medidas que sean apropiadas y necesarias para preservar nuestros derechos bajo esta disposición de responsabilidad/subrogación de terceros, incluyendo el derecho a intervenir en cualquier demanda que haya iniciado con un tercero. Si tiene una reclamación contra otra persona, el plan negará el pago de todas las facturas médicas pendientes de liquidación de la reclamación contra la otra persona. Si no hay una solución rápida, el plan condicionalmente pagará las facturas médicas y exigirá que usted realice un reembolso al plan. Para este propósito, la definición de "oportuno" será de 120 días

después de la primera de las siguientes: 1) la fecha en que se presenta una reclamación ante el tercero o el asegurador de un tercero o un embargo preventivo contra un posible arreglo de responsabilidad; o 2) la fecha en que se prestó el servicio o, en el caso de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, la fecha de alta.

SECCIÓN 8 Ley de 1998 sobre los derechos de la mujer en materia de salud y cáncer (WHCRA)

De acuerdo con los requisitos de la Ley de Derechos de la Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998, este plan proporciona cobertura para:

1. Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía;
2. Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir un aspecto simétrico; y
3. Prótesis y complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos los linfedemas, de una manera determinada en la consulta con el médico y el paciente. Dicha cobertura puede estar sujeta a montos deducibles anuales y a las disposiciones del coseguro que se consideren apropiadas y sean consistentes con las establecidas para otros beneficios bajo el plan o la cobertura. Un aviso por escrito de la disponibilidad de tal cobertura se entregará al participante al inscribirse y anualmente después.

Póngase en contacto con el Servicio de atención al cliente para obtener más información.

SECCIÓN 9 Incentivos

Experience Health Medicare Advantage requiere que los proveedores y el personal tomen decisiones sobre atención basadas en la necesidad médica y la existencia de cobertura en el momento del servicio. No ofrecemos ningún incentivo para fomentar la negación de atención o la denegación de reclamaciones. Puede estar seguro de que sus médicos tienen libertad para investigar y considerar los protocolos de tratamiento adecuados, libres de cualquier influencia de su plan.

SECCIÓN 10 Desacuerdo con el tratamiento recomendado por el proveedor de la red o recepción de servicios no cubiertos por Experience Health.

Cuando se inscribe en nuestro plan, usted acepta que su PCP y otros proveedores de la red son responsables de determinar el tratamiento que es apropiado y médicamente necesario para su atención. Usted tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Usted puede (por razones personales o religiosas) negarse a aceptar los procedimientos o tratamientos recomendados por su proveedor de la red. O bien, puede solicitar un tratamiento que un proveedor de la red considere incompatible con los estándares profesionales generalmente aceptados de atención médica. Usted tiene el derecho de rechazar el consejo de tratamiento del proveedor de la red. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otra institución médica, incluso si su médico le aconseja no irse, y el derecho de dejar de tomar un medicamento. Si rechaza el tratamiento, acepta la responsabilidad de las consecuencias derivadas de su rechazo al tratamiento.

También tiene derecho a solicitar atención que no esté cubierta por nuestro plan. Sin embargo, no tendremos obligación de pagar por ninguna atención obtenida en estos casos. Puede solicitarnos una determinación de cobertura directamente a nosotros mediante el proceso que se describe en el Capítulo 9, Sección 5.2 de este manual.

SECCIÓN 11 Aviso sobre la cesión de beneficios

Asignación significa la transferencia de sus derechos a los beneficios proporcionados por nuestro plan a otra persona, corporación u organización. Usted no puede asignar ningún beneficio o el derecho a recibir el pago debido bajo nuestro plan a ninguna persona, corporación u otra organización sin nuestro consentimiento por escrito. Cualquier asignación realizada por usted quedará invalidada.

SECCIÓN 12 Servicios fuera del área

Experience Health tiene relaciones con otras licenciatarias de Blue Cross y/o Blue Shield ("Host Blues") a las que generalmente se les llama "Programa Medicare Advantage". Cuando acceda a servicios de atención médica fuera del área geográfica atendida por Experience Health Medicare Advantage, el reclamo de esos servicios se procesará a través del programa Medicare Advantage y se presentará a Experience Health para su pago de acuerdo con las reglas de las políticas del programa Medicare Advantage que estén en vigor en ese momento.

SECCIÓN 13 Aviso de Prácticas de Privacidad de Experience Health

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

REVÍSELO DETALLADAMENTE. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

Nuestras responsabilidades

Nos comprometemos a proteger la privacidad de la información médica y otros datos personales que conservamos sobre nuestros afiliados. A esta información la llamamos **Información Médica Protegida** o "**PHI**" a lo largo de este aviso. Por ley, tenemos la obligación de mantener la privacidad de su Información Médica Protegida. También estamos obligados a enviarle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales, y sus derechos con respecto a su PHI. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté en vigor. **Este aviso está vigente a partir del 1 de julio de 2023** y se mantendrá así hasta que lo remplacemos.

Nos reservamos el derecho de modificar este aviso y nuestras prácticas de privacidad en cualquier momento, siempre y cuando dichas modificaciones estén permitidas en la ley aplicable. También nos reservamos el derecho de hacer que los cambios en nuestras prácticas de privacidad y en el nuevo aviso sean efectivos para toda la PHI que ya tenemos sobre usted, así como para la PHI que podamos recibir en el futuro. Antes de realizar un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, actualizaremos este aviso y enviaremos el nuevo aviso a los suscriptores de nuestro plan de salud al momento del cambio o según lo requieran las leyes aplicables.

Puede solicitar una copia de este aviso llamando al número de atención al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. También puede obtener un ejemplar en nuestro sitio web, www.experiencehealthnc.com. Para más información o preguntas sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con el Oficial de Privacidad por escrito a P.O. Box 52382, Durham, NC 27717.

Cómo usamos y divulgamos su información médica protegida

Podremos usar y divulgar su PHI según lo permitido por las leyes y regulaciones federales y estatales de privacidad, incluidas las regulaciones federales de privacidad de atención médica conocidas como "HIPAA". Si una ley estatal aplicable sobre privacidad protege más su información médica o es más estricta que la HIPAA, seguiremos la ley estatal. Por ejemplo, algunas leyes estatales tienen requisitos más estrictos sobre la divulgación de información acerca de ciertas condiciones o del tratamiento para determinadas condiciones como el VIH, SIDA, salud mental, abuso de sustancias/dependencia de sustancias químicas, pruebas genéticas o derechos reproductivos.

Si deja de ser afiliado, ya no divulgaremos su PHI, excepto tal como lo permita o requiera la ley.

Podremos usar o divulgar su PHI para los siguientes fines:

Pago. Podremos usar y divulgar su PHI con fines de pago o para cumplir con nuestras responsabilidades de cobertura y proporcionar beneficios contemplados en su póliza. Por ejemplo, podemos utilizar o divulgar su PHI para pagar las reclamaciones de sus proveedores de atención médica por tratarlo, emitir declaraciones para explicar dichos pagos, determinar y coordinar la elegibilidad para los beneficios, hacer determinaciones de necesidad médica para el tratamiento que recibió o planea recibir, obtener primas y otros fines relacionados con el pago.

Operaciones de atención médica. Podremos usar y divulgar su PHI para respaldar varias funciones y actividades comerciales que nos permiten brindarle servicios. Estas funciones pueden incluir, entre otras, las siguientes: actividades de evaluación y mejora de la calidad; revisión de la competencia o calificaciones de los proveedores de atención médica de nuestra red; y servicios legales, de auditoría y administrativos generales. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su PHI para: (i) informarle sobre programas que le ayuden a manejar una condición de salud; (ii) proporcionarle servicios de atención a usted, o (iii) investigar fraudes y abusos potenciales o reales. También podremos divulgar su PHI al Departamento de Seguros de Carolina del Norte durante una revisión de nuestras operaciones de seguro médico. También podremos divulgar su PHI a terceros no afiliados cuando lo permita la ley y según sea necesario para ayudarnos a cumplir nuestras obligaciones con usted. Hablamos de esto más adelante en "**Asociados Comerciales**", que es el nombre que la HIPAA da a ciertos terceros que trabajan para nosotros.

Su autorización. Usted puede darnos una autorización escrita para que usemos o divulguemos su PHI para cualquier fin. Si nos da una autorización, podrá revocarla en cualquier momento enviándonos un aviso por escrito. Su revocación no afectará el uso ni la divulgación autorizados que ya se haya producido, sino que se aplicará para los casos futuros. Sin su autorización, no podremos usar ni divulgar su PHI por ningún motivo, excepto como se describe en este aviso.

Sus familiares y amigos. Podremos divulgar la PHI a un familiar, un amigo u otras personas que usted indique que están involucradas en su atención o en el pago de su atención. Podremos usar o divulgar su nombre, ubicación y condición general o muerte para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, a su representante personal o a otras personas relacionadas con su atención. Si usted está incapacitado o se encuentra en una emergencia, podremos divulgar su PHI a estas personas si determinamos que la divulgación es para su beneficio. Si usted está presente, le daremos la oportunidad de oponerse antes de que revelemos su PHI a estas personas.

Su proveedor de atención médica. Podemos utilizar y divulgar su PHI para ayudar a los proveedores de atención médica en relación con sus actividades de tratamiento o pago y algunas de sus actividades de operaciones de atención médica según lo permitido por la HIPAA.

Suscripción. Podremos recibir su PHI para la suscripción de seguros, calificación de primas u otras actividades relacionadas con la creación, la renovación o el reemplazo de un contrato de seguro de salud o de beneficios de salud, según lo permita la ley. No utilizaremos ni divulgaremos esta PHI para ningún otro propósito, excepto cuando lo exija la ley, a menos que se haya contratado con nosotros un seguro de salud o beneficios de salud. Si el contrato se realiza con nosotros, únicamente usaremos o divulgaremos su PHI como se describe en este aviso. No usaremos información genética para fines de suscripción de seguros.

Asociados Comerciales. Podremos contratar a personas y entidades llamadas "asociados comerciales" para que lleven a cabo diversas funciones en nuestro nombre o para brindarle servicios. Para llevar a cabo estas funciones o servicios, los asociados comerciales podrán recibir, crear, mantener, utilizar o divulgar su PHI, pero únicamente después de que el asociado comercial haya aceptado por escrito proteger su PHI. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a un asociado comercial que fuese a administrar los medicamentos con receta de su plan de salud.

Por mandato de la ley y de las autoridades. Podremos usar o divulgar su PHI si la ley estatal o federal lo requiere. Estaremos obligados a divulgar su PHI al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. cuando el Secretario esté investigando o determinando nuestro cumplimiento con la HIPAA. Podremos divulgar su PHI en relación con procedimientos legales, como en respuesta a una orden de un tribunal judicial o administrativo, o en respuesta a una citación. También podremos revelar su PHI con fines de aplicación de la ley.

Abuso o negligencia. Podemos revelar su PHI a una autoridad gubernamental que esté autorizada por ley a recibir informes de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Compensación de los trabajadores. Podremos divulgar su PHI para cumplir con las leyes de indemnización por accidentes de trabajo y otras leyes similares que proporcionen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Actividades de salud y seguridad pública o de supervisión de la salud. Podremos usar o divulgar su PHI para actividades de salud pública con el fin de evitar o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. También podremos divulgar su PHI a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley, como auditorías, investigaciones, inspecciones, habilitaciones o acciones disciplinarias.

Investigación. Podremos divulgar su PHI a investigadores cuando una junta de revisión institucional o una junta de privacidad haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para proteger la privacidad de su PHI. También podremos realizar divulgaciones limitadas de su PHI para estudios actuariales.

Marketing. Podremos usar su PHI para contactarlo con información acerca de nuestros productos y servicios relacionados con la salud, mejoras o actualizaciones de productos, o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. No utilizaremos ni divulgaremos su PHI para comunicaciones de marketing a menos que usted nos autorice a hacerlo, excepto en los casos permitidos por la ley. Además, no venderemos su PHI sin su autorización, excepto en los casos permitidos por la ley.

Empleador u organización que patrocina un plan de salud grupal. Podremos divulgar su PHI al empleador, institución educativa u otra organización que patrocine su plan de salud. También podremos divulgar información resumida acerca de los inscritos en su plan de salud grupal al patrocinador del plan para que la use para obtener ofertas de primas para la cobertura de seguro de salud ofrecida a través de su plan de salud grupal o para decidir si modificar, enmendar o cancelar su plan de salud grupal.

Muerte y donación de órganos. Podremos divulgar la PHI de una persona fallecida a un médico forense, examinador médico, director de funeraria u organización dedicada a la obtención de órganos con el fin de ayudarlos a llevar a cabo sus tareas.

Actividad militar, seguridad nacional, servicios de protección. Si está o estuvo en las fuerzas armadas, podremos divulgar su PHI a las autoridades del comando militar. También podremos divulgar su PHI a oficiales federales autorizados para que lleven a cabo actividades de seguridad nacional e inteligencia, y para la protección del Presidente de los Estados Unidos, otros funcionarios federales o jefes de estado extranjeros.

Instituciones correccionales. Si usted es un recluso, podremos divulgar su PHI a una institución correccional o a un oficial de la ley para: i) proporcionarle atención médica; (ii) proteger su salud y seguridad y la salud y seguridad de otros, o (iii) la seguridad de la institución correccional.

Información que recopilamos sobre usted

En el curso normal de nuestras operaciones, podemos recopilar información de: (i) **Usted** (a través de la información que nos proporciona en sus solicitudes de seguro o en otros formularios, durante entrevistas telefónicas o personales con usted, y a través de la información que brinda a un agente de seguros o a su empleador, como su dirección, número de teléfono, estado de salud u otros tipos de cobertura de seguro que tenga; (ii) **Sus transacciones** con nosotros, como su historial de reclamaciones; (iii) **Otras compañías de seguros** que lo aseguren actualmente o hayan asegurado en el pasado, como su historial de reclamaciones; (iv) **Su empleador o patrocinador del plan**, como información sobre su derecho a la cobertura del seguro; (v) **Sus proveedores de atención médica** que lo tratan actualmente o le han tratado en el pasado, como información sobre su estado de salud; o (vi) **Organizaciones de apoyo a los seguros** que recogen información sobre sus transacciones médicas anteriores.

Nuestras políticas de protección para su información médica protegida

Protegemos la PHI que mantenemos sobre usted mediante protecciones físicas, electrónicas y administrativas que cumplen o superan las dispuestas en las leyes aplicables. Cuando nuestras actividades comerciales requieren que proporcionemos PHI a terceros, éstos deben acordar seguir normas de seguridad y confidencialidad apropiadas con respecto a la PHI que proporcionemos. El acceso a su PHI también está restringido a fines comerciales apropiados.

Hemos implementado políticas de privacidad para proteger su PHI. Todos los empleados reciben capacitación en estas políticas cuando son contratados y luego reciben capacitaciones anuales de actualización. Los empleados que violen nuestras políticas de privacidad están sujetos a acciones disciplinarias.

Hemos desarrollado una variedad de otras medidas para proteger su información, incluyendo: (i) uso únicamente de información totalizada o no identificable cuando sea posible; (ii) requisito de cláusulas de confidencialidad en nuestros contratos con terceros para proteger la confidencialidad de su información personal y restringir el uso y la divulgación de esta información; (iii) la aplicación de procedimientos para el control de acceso como códigos de acceso a los sistemas informáticos; y (iv) uso de medidas de seguridad física en nuestras instalaciones para restringir el acceso a la información personal, incluyendo las insignias de los empleados y el acompañamiento de invitados mientras están en nuestras instalaciones.

SUS DERECHOS

A continuación, se proporciona una lista de sus derechos en relación con la PHI.

El derecho a acceder e inspeccionar su PHI. Usted puede solicitar ver u obtener una copia de determinada PHI que mantenemos sobre usted. Su solicitud debe ser por escrito. Podrá visitar nuestra oficina para ver la PHI, o podrá solicitarnos que se la enviemos por correo, o en algunas circunstancias, esto puede incluir una copia electrónica. Cubriremos una tarifa razonable para cubrir el costo de copiar la información. Nos pondremos en contacto con usted para revisar la tarifa y obtener su acuerdo para pagar los cargos. Si desea acceder a su PHI, por favor llame al número que se encuentra en el dorso de su credencial y solicite un formulario de acceso a la PHI.

El derecho a modificar su PHI. Puede solicitarnos que corriamos, enmendemos o eliminemos su PHI. Su solicitud debe ser por escrito. No tenemos la obligación de aceptar la realización del cambio. Por ejemplo, generalmente no cambiaremos nuestra información si la PHI no fue generada por nosotros o si creemos que la PHI es correcta. Si negamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Tiene derecho a presentar una declaración en la que explique por qué no está de acuerdo con nuestra decisión y proporcione la información que considere correcta, pertinente y justa. Archivaremos la declaración con su PHI y se la proporcionaremos a cualquier persona que reciba divulgaciones futuras de su PHI. Si aceptamos su solicitud de enmienda, haremos esfuerzos razonables para informar a otras personas, incluidas las personas que usted indique, acerca de la enmienda e incluiremos los cambios en las divulgaciones futuras de su PHI. Si desea enmendar su PHI, llame al número de teléfono que se encuentra en el dorso de su credencial y solicite una enmienda del formulario de PHI.

Derecho a solicitar un informe de las divulgaciones. Puede solicitar una lista de determinadas divulgaciones de su PHI que nosotros o nuestros asociados comerciales hayamos realizado con fines distintos al tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Tiene derecho a que se le informen las divulgaciones de los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista que proporcionemos contendrá la fecha en que hicimos una divulgación, el nombre de la persona o entidad que recibió su PHI, una descripción de la PHI que divulgamos, el motivo de la divulgación y cierta otra información. No cobraremos una tarifa por proporcionar la lista a menos que haga más de una solicitud en un período de 12 meses, en cuyo caso podremos cobrar una tarifa razonable por la preparación de la lista. Su solicitud deberá ser por escrito y podrá llamar al número que se encuentra en el dorso de su credencial y solicitar un formulario de informe de divulgaciones.

El derecho a solicitar restricciones. Usted podrá solicitarnos que imponamos restricciones adicionales al uso o la divulgación de su PHI para nuestras operaciones de tratamiento, pago y atención médica. *No estamos obligados a aceptar estas restricciones.* En la mayoría de los casos, no aceptaremos estas restricciones a menos que usted haya solicitado comunicaciones confidenciales como se describe a continuación.

Derecho a Comunicaciones confidenciales. Si cree que la divulgación de su PHI podría ponerlo en peligro, podrá solicitarnos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial en otro lugar. Por ejemplo, podrá solicitarnos que nos pongamos en contacto con usted en su dirección laboral o en otro lugar que no sea su domicilio particular. Puede llamar al número que figura en el dorso de su credencial para solicitar un formulario de comunicaciones confidenciales. Una vez que hayamos recibido su solicitud de comunicaciones confidenciales, únicamente nos comunicaremos con usted como se indique en el formulario de comunicaciones confidenciales, y también daremos por terminada cualquier autorización previa que nos haya entregado.

Notificación de violación. Si bien seguimos nuestras medidas de seguridad para proteger su PHI, en caso de que se produzca una violación de su información médica no protegida, le notificaremos acerca de la violación tal como lo requiere la ley o como lo consideremos adecuado.

Capítulo 11 Avisos legales

Derecho a presentar una queja de privacidad. Puede presentar una queja ante nosotros si considera que hemos violado sus derechos de privacidad si se comunica con el Oficial de privacidad, P.O. Box 52382, Durham, NC 27717. También puede presentar una reclamación ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos ninguna medida contra usted ni tomaremos ningún tipo de represalia por presentar una queja ante el Secretario o ante nosotros.

El derecho a obtener una copia de este Aviso de Privacidad. Usted podrá solicitar una copia de este aviso en cualquier momento llamando al número que se encuentra en el dorso de su tarjeta de identificación o ver o descargar este aviso de nuestro sitio web. Aunque haya aceptado recibir este aviso electrónicamente, tendrá derecho a recibir una copia en papel de este aviso.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de términos importantes

Centro de Cirugía Ambulatoria: Un Centro de Cirugía Ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estancia prevista en el centro no excede las 24 horas.

Período de inscripción anual: es el período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los afiliados pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos o pasarse a Medicare Original.

Apelación: una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de negar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta o el pago de servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de detener los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente un monto superior al monto de costo compartido asignado del plan. Como afiliado a Experience Health Medicare Advantage, solo tiene que pagar los montos de costos compartidos de nuestro plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores "**facturen el saldo**" o le cobren más que el monto de gastos compartidos que el plan indica que debe pagar.

Período de Beneficios: la manera en que tanto nuestro plan como Medicare Original mide su uso de servicios de hospital y centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El período de beneficio finaliza cuando no ha recibido ninguna atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficios.

El tipo de atención que se cubre depende de si a usted se lo considera internado en estancias en hospitales y los SNF. Debe ser admitido en el hospital como paciente internado, no solo bajo observación. Usted es un paciente hospitalizado en un SNF solo si su atención en el SNF cumple con ciertos estándares para el nivel de cuidado profesional. Específicamente, para ser un paciente internado en un SNF, debe necesitar cuidados diarios de enfermería especializada o de rehabilitación especializada, o ambos.

Producto biológico: Medicamento de venta 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 copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan "biosimilares". Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Biosimilar: Medicamento de venta con receta que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares suelen requerir una nueva receta para sustituir al producto biológico original.

Medicamento de marca: un medicamento con receta que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles hasta después de que la patente sobre el medicamento de marca ha caducado.

Etapa de cobertura catastrófica – Etapa del Beneficio de Medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) han gastado \$8.000 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante esta fase de pago, el plan abona el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal que administra Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo comunicarse con CMS.

Plan de cuidados crónicos especiales – Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a las personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción basada en las agrupaciones de afecciones múltiples comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Coseguro: monto que estaría obligado a pagar, expresada en forma de porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o de los medicamentos con receta.

Queja: el nombre formal de presentar una queja es "**presentar una queja**". El proceso de reclamaciones se usa *únicamente para* determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicio de Atención al Cliente que recibe. También incluye las quejas si su plan no respeta los plazos en el proceso de apelación.

Centro Integral de Rehabilitación Ambulatoria(CORF): Un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno doméstico.

Copago monto: que estaría obligado a pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita ambulatoria al hospital o un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costo Compartido: "Costo compartido" se refiere al monto que un afiliado debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan requiera cuando se reciba un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de coseguro, que es un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan requiera cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Nivel de costo compartido: Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los seis niveles de participación en los gastos. En general, cuanto mayor sea el nivel de gasto compartido, mayor será el costo del medicamento.

Determinación de cobertura: decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y el monto, si fuese el caso, que debe pagar por el medicamento con receta. En general, si trae su receta a una farmacia y la farmacia le indica que la receta no está cubierta por su plan, esa no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las **determinaciones de cobertura** se denominan "decisiones de cobertura".

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: El término que utilizamos para referirnos a todos los servicios y suministros sanitarios que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura Acreditable de Medicamentos con Receta: cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que pagaría, en promedio, al menos tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se convierten en elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es una atención personal que se proporciona en un hogar de ancianos, centro de cuidados paliativos u otra instalación cuando no se necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, prestado por personas que no tienen conocimientos ni formación profesional, incluyen la ayuda en actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de atención médica que la mayoría de las personas hacen por sí mismos, como el uso de gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Servicio al cliente: El departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su afiliación, beneficios, reclamaciones y apelaciones.

Tarifa de costo compartido diario: Podría aplicar un tarifa de costo compartido diario cuando su médico le recete menos de un mes completo de un suministro de ciertos medicamentos y usted deba pagar un copago. La tarifa diaria de gasto compartido es el copago dividido por el número de días en el suministro mensual. A continuación, se muestra un ejemplo: Si su copago para un suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su tarifa de costo compartido diario es de \$1 por día.

Deducible: El monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Darse de baja o cancelar la afiliación: es el proceso para terminar su afiliación a nuestro plan.

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Equipo Médico Durable (DME): Determinados equipos médicos que son ordenados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree 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 feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro de

una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeoran rápidamente.

Atención de Emergencia: Servicios cubiertos que son: 1) proporcionada por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y 2) necesaria para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como afiliado de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario), u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción al nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el que solicita, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Extra Help (Ayuda Adicional): un programa de Medicare o de un Estado para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Formulario: consulte **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o "Lista de Medicamentos")**

Medicamento genérico: medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener el mismo ingrediente o ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento "genérico" funciona igual que un medicamento de marca y, a menudo, cuesta menos.

Reclamación: un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Esto no implica disputas de cobertura o pago.

Ayudante de salud a domicilio: es una persona que presta servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera o terapeuta con licencia, como la ayuda en el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

Cuidados paliativos: beneficio que proporciona un tratamiento especial a un afiliado que ha sido certificado médicamente 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 área geográfica. Si usted elige cuidados paliativos y continúa pagando las primas, sigue siendo afiliado de nuestro plan. Puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Estancia hospitalaria: Una estancia hospitalaria cuando ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente ambulatorio.

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, tal como figura en su declaración jurada de impuestos ante el IRS de hace 2 años, supera un cierto monto, usted 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 extra que se suma a su prima. Menos

del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, así que la mayoría de la gente no pagará una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: El límite máximo de cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

Etapa de Cobertura Inicial: Esta es la etapa antes de que sus costos totales de medicamentos, incluidas las cantidades que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre por el año, hayan alcanzado los \$5,030.

Período de Inscripción Inicial: es el período en el que puede inscribirse en la Parte A y en la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Atención hospitalaria: atención médica que usted recibe cuando es ingresado en un hospital.

Plan institucional de necesidades especiales (SNP): un plan que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos establecimientos pueden incluir un establecimiento de enfermería especializada (SNF), un establecimiento de enfermería (NF), (SNF/NF), un establecimiento de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un establecimiento psiquiátrico para pacientes internados y/o establecimientos aprobados por CMS que brinda servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención de la salud similares a los de los otros tipos de establecimientos mencionados. Un Plan de Necesidades Especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con (o poseer y operar) la(s) instalación(es) LTC específica(s).

Plan de Necesidades Especiales Institucionales Equivalentes (SNP): un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren un nivel de atención institucional basado en la evaluación del Estado. La evaluación se debe realizar utilizando la misma herramienta de evaluación de nivel de atención estatal, administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en una instalación de vida asistida contratada (ALF) si es necesario para garantizar la entrega uniforme de atención especializada.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): Lista de medicamentos cubiertos por el plan.

Subsidio por ingresos bajos (LIS): consulte "Extra Help".

Monto máximo de bolsillo: lo máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red. Los importes que pague por la multa por inscripción tardía de la Parte D, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para el importe máximo de desembolso directo.

Medicaid (o Asistencia Médica): Programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación Medicamento Aceptada: Uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertos libros de referencia.

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

Medicare: el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o mayores, para algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y para personas con enfermedad renal en etapa final (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: Período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo en el que los afiliados a un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, en ese momento también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. El Período de Afiliación Abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona sea elegible para Medicare por primera vez.

Plan de Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) HMO, ii) PPO, iii) plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los Planes de Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los afiliados de la Parte D que han llegado a la Etapa del período sin cobertura y que no están recibiendo "Extra Help". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Servicios cubiertos de Medicare: 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 adicionales, como de visión, dentales o de audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de Salud de Medicare: Plan de salud de Medicare que es ofrecido por una compañía privada que contrata a Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes de necesidades especiales, los programas demostración/piloto y los programas de atención integral a las personas mayores (PACE).

Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): Seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir *brechas* en Original Medicare. Las pólizas de Medigap solamente funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Afiliado (Afiliado a nuestro Plan, o "Afiliado al Plan"): persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Red: Un grupo o asociación interconectada: las farmacias y proveedores de Experience Health Advantage tienen un contrato con Experience Health, por lo que participan en la red de nuestro plan.

Farmacia de la red: Farmacia que tiene contrato con nuestro plan y en la que los afiliados a nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas son cubiertas solo si los medicamentos se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: "Proveedor" es el término general con el que se designa a los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para prestar 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, coordinar y prestar servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **"proveedores del plan**.

Hogar de Ancianos: "Hogar de ancianos" es un término que incluye tanto centros de enfermería especializada como centros de enfermería. Los centros de enfermería especializada (SNF) son aquellos que participan tanto en Medicare como en Medicaid. Los centros de enfermería (NF) son aquellos que solo participan en Medicaid. Los hogares de ancianos se dedican principalmente a proporcionar a los residentes servicios de enfermería especializada y servicios relacionados para los residentes que requieren atención médica o de enfermería, y servicios de rehabilitación para personas lesionadas, discapacitadas o enfermas.

Beneficios complementarios opcionales: Beneficios no cubiertos por Medicare que pueden adquirirse por una prima adicional y no están incluidos en su paquete de beneficios. Para obtener los beneficios suplementarios opcionales, debe elegirlos voluntariamente.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este documento.

Medicare Original ("Medicare tradicional" o Medicare de "pago por servicio"): Medicare Original es un ofrecimiento del gobierno, y no un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Con Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos con el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de los montos establecidos por el Congreso. Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de asistencia de salud que acepte Medicare. Debe pagar el monto deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare, y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Farmacia Fuera de la Red: Farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se den ciertas condiciones.

Proveedor o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados ni propiedad nuestra, ni los opera nuestro plan.

Costos de Bolsillo: Consulte la definición de "costo compartido" más arriba. El requisito de costo compartido de un afiliado que consiste en pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de costo "de bolsillo" del afiliado.

Plan PACE: Un plan PACE (Programa de Atención Integral a las Personas Mayores) combina servicios médicos, sociales y de apoyo a largo plazo (LTSS) para personas frágiles, con el fin de ayudarlas a mantenerse independientes y a vivir en su comunidad (en lugar de trasladarse a una residencia) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes de PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

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

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

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden ser cubiertos por la Parte D. Podríamos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos por la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: El monto que se añade a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, de media, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un período continuado de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Costo compartido preferido: El "costo compartido preferido" significa un costo compartido más bajo para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en ciertas farmacias de la red.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedor contratados que han acordado tratar a los afiliados del plan por un pago establecido. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de que estos provengan de proveedores de la red o fuera de la red. El costo compartido para los afiliados generalmente será más alto cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de costos de bolsillo por los servicios recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de costos totales de bolsillo combinados de los servicios, tanto de proveedores de la red (preferidos) como de proveedores fuera de esta (no preferidos).

Prima: El pago periódico a Medicare, a una empresa aseguradora o a un plan de atención médica para cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Proveedor de atención primaria (PCP): El médico u otro profesional de salud al que acude en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: La aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios con cobertura que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios en el

Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, pero no se limitan a: aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): Un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para comprobar y mejorar la atención prestada a los pacientes de Medicare.

Límites de Cantidad: Instrumento de gestión diseñado para limitar el uso de determinados medicamentos por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden estar en el monto del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

Herramienta de beneficios en tiempo real: Un portal o aplicación informática en el que los afiliados pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye los importes de los gastos compartidos, los medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para el mismo problema 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.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Nivel de atención selecta: Un número selecto de medicamentos genéricos usados para la presión arterial alta, diabetes, colesterol alto, osteoporosis y artritis reumatoide que tienen un costo compartido bajo o nulo para inducirlo a que tome la medicación como se ha prescrito.

Área de servicio: La zona geográfica en la que debe vivir para afiliarse a un determinado plan de salud. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que se pueden utilizar, también es generalmente el área donde se pueden obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan debe dar de baja a su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF): Servicios de enfermería especializada y de rehabilitación proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención son la fisioterapia o las inyecciones intravenosas, que solo pueden ser administradas por un enfermero o un médico.

Período de Inscripción Especial: período determinado de tiempo en el que los afiliados pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar a Medicare Original. Las situaciones en las que podría ser elegible para un Período de Inscripción Especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo "Ayuda adicional" para los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Plan de Necesidades Especiales: Un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para grupos específicos de personas, como las que tienen tanto Medicare como Medicaid, las que residen en un hogar de ancianos o las que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Costo compartido estándar: El costo compartido estándar es el costo compartido diferente del costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Terapia escalonada: herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.

Ingreso de seguro complementario (SSI): Beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

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

Anexo A

Exclusiones y limitaciones adicionales de la Parte D

- Los medicamentos con receta obtenidos antes de la fecha de vigencia de la cobertura o después de la fecha de cancelación de la inscripción no están cubiertos.
- Por lo general, la cobertura para reabastecimiento de medicamentos no está disponible antes de que transcurra el 75% del período de tiempo del suministro. Por ejemplo, si la receta está escrita para un suministro de 30 días, usted puede obtener un reabastecimiento a partir del día 23. Sin embargo, algunos medicamentos de mantenimiento para presión arterial alta, diabetes, colesterol alto, osteoporosis y artritis reumatoide pueden ser reabastecidos una vez transcurrido el 50% del período de tiempo.
- Todas las reclamaciones deben recibirse antes de que transcurran 3 años desde la fecha de surtido. Las reclamaciones recibidas después de este período de tiempo no serán elegibles para cobertura. Se requiere un recibo detallado y pagado para el procesamiento.
- Los medicamentos compuestos no están en nuestra lista de medicamentos y requieren una solicitud de excepción antes de la cobertura del medicamento compuesto.

Experience Health Medicare Advantage - Servicio de Atención al Cliente

Método	Servicio de Atención al Cliente - Información de contacto
LLAME AL	1-833-777-7394 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 am a 8 pm, todos los días. Atención al cliente también cuenta con servicios de intérprete de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 am a 8 pm, todos los días.
CORREO POSTAL	Experience Health Medicare Advantage PO Box 30010 Durham, NC 27702
SITIO WEB	www.experiencehealthnc.com

Programa de Información de Seguro Médico Para Personas de Tercera Edad (SHIP) (SHIP de Carolina del Norte)

El Programa de Información sobre Seguros Médicos para Ancianos (SHIP) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros médicos locales a las personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-855-408-1212
CORREO POSTAL	Departamento de Seguros de Carolina del Norte Programa de Información de Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP) 1201 Mail Service Center Raleigh, NC 27699-1201
SITIO WEB	www.ncdoi.com/SHIP

Declaración de Divulgación de la PRA Según la Ley de Reducción de Trámites Burocráticos de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a un pedido de información a menos que el pedido muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para este pedido de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atención: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.