



EVIDENCIA DE COBERTURA

2026 | CENTRO DE LA FLORIDA

DrSelect-CFL

(HMO) H4140-016

ESPAÑOL

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y cobertura de medicamentos como asociado a DrSelect-CFL (HMO)

Este documento detalla su cobertura médica y de medicamentos de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

En este documento se explican sus beneficios y derechos. Lea este documento para entender:

- La prima del plan y los costos compartidos
- Sus beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones que exige la ley de Medicare.

Si tiene preguntas sobre este documento, llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., EST. Las llamadas son gratuitas.

Este plan, DrSelect-CFL (HMO), es ofrecido por Doctors HealthCare Plans, Inc. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Doctors HealthCare Plans, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a DrSelect-CFL (HMO).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Es posible que este documento esté disponible en otros formatos, como braille, impreso con letra grande o en cintas de audio.

Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). **ATENCIÓN:** Si habla español, cuenta con servicios gratuitos de asistencia lingüística a disposición llamando al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro Plan ofrece servicios de asistencia lingüística y servicios auxiliares y de asistencia adecuados de forma gratuita. Nuestro Plan debe proporcionar la notificación en inglés y al menos en los 15 idiomas más comúnmente hablados por personas con conocimiento limitado del inglés en nuestras Áreas de Servicio y debe proporcionar la notificación en formatos alternativos para personas con discapacidad que requieran adecuaciones y servicios auxiliares para garantizar una comunicación efectiva.

Los beneficios y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso de cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de antelación.

H4140_EOC2026DRSELECTCFL016S_C

Aprobación de la OMB 0938-1051 (Vence: 31 de agosto de 2026)

Doctors HealthCare Plans, Inc. es un HMO con un contrato de Medicare.

La afiliación en Doctors HealthCare Plans, Inc. depende de la renovación del contrato.

Índice**Índice**

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como asociado	5
SECCIÓN 1 Usted es asociado de DrSelect-CFL (HMO)	5
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser asociado del plan?	6
SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibirá como asociado	7
SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes para 2026	9
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	14
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de asociado del plan	16
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	17
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos útiles	19
SECCIÓN 1 Contactos de DrSelect-CFL (HMO)	19
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare	22
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP)	24
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement, QIO)	25
SECCIÓN 5 Seguro Social	26
SECCIÓN 6 Medicaid	26
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados	27
SECCIÓN 8 junta de Jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board,RRB)	31
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador	32
CAPÍTULO 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos	33
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como asociado a nuestro plan	33
SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red del plan para obtener atención médica	35
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, servicios de cuidado urgente o durante una catástrofe	39
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?	42
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?	42
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	45

Índice

SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	46
CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)		48
SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	48
SECCIÓN 2	En la <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> figura cuánto está cubierto y cuánto le corresponde pagar	50
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	105
CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D		107
SECCIÓN 1	Reglas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan	107
SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de venta por correo de nuestro plan.	108
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en nuestra Lista de medicamentos.	112
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones de cobertura.....	115
SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted desearía.....	116
SECCIÓN 6	Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año	120
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	122
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta.....	124
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	124
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos.....	126
CAPÍTULO 6: Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D		129
SECCIÓN 1	Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D.....	129
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamento para los asociados de DrSelect-CFL (HMO)	131
SECCIÓN 3	La <i>Explicación de Beneficios (EOB)</i> de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra usted	132
SECCIÓN 4	No hay deducible para DrSelect-CFL (HMO)	134
SECCIÓN 5	La Etapa de cobertura inicial.	134
SECCIÓN 6	La Etapa de la cobertura en situaciones catastróficas	139
SECCIÓN 7	Información sobre beneficios adicionales	139

Índice

SECCIÓN 8	Cuánto paga por las vacunas de la Parte D	141
CAPÍTULO 7:	Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos	144
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte correspondiente por los servicios o medicamentos cubiertos	144
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le devolvamos o paguemos una factura que ha recibido	147
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y diremos que sí o no	148
CAPÍTULO 8:	Sus derechos y responsabilidades	149
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales	149
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como asociado de nuestro plan	156
CAPÍTULO 9:	Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)	158
SECCIÓN 1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud	158
SECCIÓN 2	¿Dónde obtener más información y ayuda personalizada?	158
SECCIÓN 3	¿Qué proceso utilizar para su problema?	159
SECCIÓN 4	Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones.....	160
SECCIÓN 5	Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o apelar.....	163
SECCIÓN 6	Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o apelar	172
SECCIÓN 7	¿Cómo pedirnos que cubramos una estancia hospitalaria más larga si cree que está siendo dado de alta demasiado pronto?	183
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto.....	188
SECCIÓN 9	Llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5.....	192
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	196
CAPÍTULO 10:	Finalización de su membresía a nuestro plan	200
SECCIÓN 1	Cancelación de su membresía a nuestro plan	200
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....	200
SECCIÓN 3	Cómo terminar su membresía a nuestro plan	203

Índice

SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan	204
SECCIÓN 5	DrSelect-CFL (HMO) debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones	204
CAPÍTULO 11: Avisos legales		207
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes.....	207
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	207
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	208
CAPÍTULO 12: Definiciones		209

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como asociado

SECCIÓN 1 Usted es asociado de DrSelect-CFL (HMO)

Sección 1.1 Está inscrito en DrSelect-CFL (HMO), que es un plan HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare, y ha elegido recibir la cobertura para atención médica y para medicamentos con receta a través de nuestro plan, DrSelect-CFL (HMO). Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan son diferentes de Original Medicare.

DrSelect-CFL (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo DrSelect-CFL (HMO) cubre su atención médica. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario) y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten 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 DrSelect-CFL (HMO) entre el 1 de enero de 2026, y el 31 de diciembre de 2026.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos modificar los costos y beneficios de DrSelect-CFL (HMO) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar DrSelect-CFL (HMO) cada año. Puede seguir teniendo la cobertura de Medicare como asociado de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser asociado del plan?

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser asociado de nuestro plan siempre que cumpla con todas estas condiciones:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Vive en nuestra área de cobertura geográfica (descrita en la sección 2.2). Las personas que están encarceladas no se consideran residentes en el área geográfica de servicio, aun si se encuentran físicamente en esta área.
- Es ciudadano estadounidense o reside legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Área de servicio del plan de DrSelect-CFL (HMO)

DrSelect-CFL (HMO) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo asociado de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Florida: Hillsborough, Orange, Osceola, Pasco, Polk y Seminole

Si se muda fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo asociado de este plan. Llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para consultar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se muda, tendrá un período de inscripción especial para cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

También es importante que usted llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY llaman al 1-800-325-0778).

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos para afiliarse a un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificará DrSelect-CFL (HMO) si no cumple este requisito para seguir siendo asociado de nuestro plan. DrSelect-CFL (HMO) debe cancelar su afiliación si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibirá como asociado

Sección 3.1 Tarjeta de asociado del plan

Utilice su tarjeta de asociado cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que adquiera en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. Este es un modelo de la tarjeta de asociado:



NO utilice la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea asociado de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de asociado de Doctors HealthCare Plans, Inc., es posible que usted tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida 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 la tarjeta de asociado del plan se daña, pierde o se la roban, llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

En el *Directorio de proveedores* www.doctorshcp.com/es/2026proveedores/ figuran los proveedores actuales de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, situaciones

en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que DrSelect-CFL (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Si no tiene la copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (electrónicamente o en formato papel) al Departamento de Servicios al Asociado llamando al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los directorios de proveedores en formato impreso se le enviarán en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de proveedores

En el *Directorio de proveedores* www.doctorshcp.com/es/2026proveedores/ figuran las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los asociados de nuestro plan. Utilice el *Directorio de proveedores* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de proveedores*, puede pedir una copia al Departamento de Servicios al Asociado llamando al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.doctorshcp.com/es/2026proveedores/.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). Indica qué medicamentos recetados están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en DrSelect-CFL (HMO). El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare están en su Lista de medicamentos, a menos que hayan sido eliminados y sustituidos tal y como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de DrSelect-CFL (HMO).

La Lista de medicamentos también indica si existen restricciones para la cobertura de un medicamento.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que más utilizan nuestros asociados. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos. Si algún medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, visite nuestra página web o llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están

cubiertos, visite www.doctorshcp.com/es/2026proveedores/ o llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes para 2026

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior a este importe. Consulte la Sección 4.1 para obtener detalles.	\$0
Montos máximos que paga de su bolsillo Este es el <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2, para obtener más detalles.)	\$3,500
Consultas en el consultorio de atención primaria	\$0 por consulta
Consultas en el consultorio de especialistas	\$0 por visita
Hospitalización como paciente interno	\$0 de copago por día para los días 1-3. \$125 de copago por día para los días 4-11. \$0 de copago por día para los días 12-90.
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D	Deducible: \$0

	Sus costos en 2026
(Consulte el Capítulo 6, Sección 4.7, para conocer más detalles.)	
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6, Sección 4.7, para obtener más detalles, incluidos los niveles de deducción anual, cobertura inicial y cobertura en situaciones catastróficas.)	Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Nivel de medicamentos 1: \$0 Nivel de medicamentos 2: \$0 Nivel de medicamentos 3: \$0 Nivel de medicamentos 4: \$55 Su costo compartido para un suministro de hasta un mes de un producto de insulina cubierto no superará el menor de los siguientes montos: (1) \$35; (2) 25 % del precio negociado con Medicare (para “Medicamentos Seleccionados”); (3) 25 % del precio negociado con el Plan. Nivel de medicamentos 5: 33% del costo total Su costo compartido para un suministro de hasta un mes de un producto de insulina cubierto no superará el menor de los siguientes montos: (1) \$35; (2) 25 % del precio negociado con Medicare (para “Medicamentos Seleccionados”); (3) 25 % del precio negociado con el Plan. Nivel de medicamentos 6: \$0 Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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)
- Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no tiene que pagar una prima del plan mensual por separado por DrSelect-CFL (HMO).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos asociados se les exige que paguen otras primas de Medicare

Debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo asociado del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede pagar una prima para la Parte A, que afecta a los asociados que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por afiliación tardía de la Parte D

Algunos asociados deben pagar una **multa por afiliación tardía** de la Parte D. La multa por afiliación tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días seguidos o más en los que usted no tiene cobertura de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos. La cobertura de medicamentos acreditable es la cobertura que cumple los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare. El costo de la multa por afiliación tardía depende del tiempo que haya estado sin cobertura de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en DrSelect-CFL (HMO), le informamos el monto de la multa. Si no paga la multa por afiliación tardía de la Parte D, es posible que pierda sus beneficios para medicamentos recetados.

No **tendrá** que pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D si se cumple lo siguiente:

- Recibe ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Tenía una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de

Veteranos (Veterans Health Administration, VA). Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Es posible que reciba esta información por carta o en un boletín informativo del plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.

- **Nota:** toda carta o notificación debe indicar que usted tenía una cobertura válida para medicamentos recetados que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar para medicamentos de Medicare.
- **Nota:** las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuento en medicamentos no constituyen una cobertura acreditable para medicamentos recetados.

Medicare determina el monto de la multa por afiliación tardía de la Parte D. Funciona de esta manera:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará el número de meses completos en que no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- A continuación, Medicare determina el importe de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país durante el año anterior (prima base nacional para los beneficiarios). Para 2025, el importe promedio de la prima es de \$36.78. Este importe puede cambiar para 2026
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima básica nacional del beneficiario y luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercano. En este ejemplo, sería el 14 % multiplicado por \$38.99, lo que es igual a \$5.45. Esto se redondea a \$5.50. Este importe se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por afiliación tardía de la Parte D.**

Hay tres aspectos importantes que debe tener en cuenta sobre la multa mensual por afiliación tardía de la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año** ya que la prima básica nacional puede cambiar cada año.
- **Usted seguirá pagando una multa cada mes durante el tiempo que** esté inscrito en un plan que incluya los beneficios para medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si es *menor* de 65 y está inscrito en Medicare, la multa por afiliación tardía de la Parte D se reajustará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por afiliación

tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para Medicare por edad.

Si está en desacuerdo con la multa por afiliación 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** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por afiliación tardía. Sin embargo, si pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por afiliación tardía.

Importante: siga pagando la multa por afiliación tardía de la Parte D mientras espera la revisión de la decisión sobre su multa por afiliación tardía. Si no lo hace, es posible que su afiliación se cancele por falta de pago de las primas de su plan.

Sección 4.4 Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos asociados deban pagar un cargo adicional, conocido como Importe de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según figura en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si debe pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague habitualmente la prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el importe adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará su afiliación al plan y perderá la cobertura para medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con el pago de un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del plan de pago de recetas de Medicare

Si participa en el plan de pago de recetas de Medicare, cada mes pagará la prima del plan (si la tiene) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que adeuda

por cualquier receta que obtenga, además del saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que le restan del año.

En la Sección 7 del Capítulo 2, se brinda más información sobre el plan de pago de recetas de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos descritos en el Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Formas de pagar la prima del plan

Hay tres formas de pagar la penalización.

Opción 1: Pagar con cheque

Puede pagar la multa por afiliación tardía de la Parte D con cheque. Puede pagar a Doctors HealthCare Plans mensualmente, trimestralmente o anualmente enviando un cheque por correo a: Doctors HealthCare Plans, Inc., 2020 Ponce de Leon Blvd., PH1, Coral Gables, FL 33134. También puede ir a nuestra oficina, ubicada en la dirección que se indica anteriormente, y entregar el cheque en persona, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Le recomendamos que realice el pago antes del día 5 del mes en que vence el pago. Los cheques deben hacerse a nombre de: Doctors HealthCare Plans, Inc. NO debe emitir el cheque a nombre de CMS o HHS, ya que se lo devolverán y le pedirán otro cheque.

Opción 2: Pagar con giro postal

Puede pagar la multa por afiliación tardía de la Parte D por giro postal. Puede pagar a Doctors HealthCare Plans mensualmente, trimestralmente o anualmente enviando con giro postal por correo a: Doctors HealthCare Plans, Inc., 2020 Ponce de Leon Blvd., PH1, Coral Gables, FL 33134. También puede ir a nuestra oficina, ubicada en la dirección que se indica anteriormente, y entregar el cheque en persona, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Le recomendamos que realice el pago antes del día 5 del mes en que vence el pago. El giro postal debe hacerse a nombre de: Doctors HealthCare Plans, Inc. NO debe emitir el giro postal a nombre de CMS o HHS, ya que se lo devolverán y le pedirán otro giro postal.

Opción 3: Tiene penalizaciones por inscripción tardía de la Parte D deducida de su cheque mensual de la Seguridad Social.

Cambiar la forma de pago de su multa por afiliación tardía en la Parte D. Si decide cambiar la forma en que paga su multa por afiliación tardía de la Parte D, es posible que su nuevo método de pago demore hasta 3 meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que su multa por afiliación

tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago, póngase en contacto con Servicios al Asociado.

Si tiene problemas para pagar su multa por afiliación tardía en la prima de la Parte D

Su multa por inscripción tardía de la Parte D debe pagarse en nuestra oficina antes del día 15 del mes. Si no recibimos su pago antes del día 15 del mes, le enviaremos una notificación para informarle de que su afiliación al plan se cancelará. Si tiene problemas para pagar su multa por afiliación tardía de la Parte D, si es que la adeuda, de manera puntual, llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si cancelamos su afiliación porque no ha pagado la multa por afiliación tardía de la Parte D, si se debe, Original Medicare Original brindará su cobertura médica. Es posible que no pueda obtener la cobertura de para medicamentos de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción abierta. (Si permanece sin cobertura acreditable para medicamentos durante más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por afiliación tardía en de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

Es posible que, al momento en que cancelemos su afiliación, usted todavía nos deba recargos pendientes. Tenemos derecho a reclamar el cobro de la cantidad que nos debe. Si quiere volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos) en el futuro, tendrá que pagar el importe que adeuda para poder inscribirse.

Si cree que cancelamos su afiliación por error, puede presentar una queja (también llamado reclamo). Si tuvo una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar su multa por afiliación tardía, si la debe, dentro del período de gracia, puede presentar un reclamo. En el caso de los reclamos, revisaremos nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja o puede llamarnos al: (833) 342-7463 entre las 8:00 a.m. y las 8:00 p.m., de lunes a domingo. Los usuarios de TTY llaman 711. Debe presentar su reclamo a más tardar 60 días calendario posteriores a de la fecha en que se cancela su afiliación.

Sección 5.2 La prima mensual no cambiará durante el año

No podemos cambiar el importe de la prima mensual del plan durante el año. Si la prima del plan mensual cambia para el próximo año, se lo comunicaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar la multa por afiliación tardía, si la debe, o que tenga que empezar a pagar una multa por afiliación tardía. Esto podría suceder si pasa a ser elegible para la Ayuda Adicional (Extra Help) o si pierde su elegibilidad para la Ayuda Adicional durante el año.

Capítulo 1 Primeros pasos como asociado

- Si actualmente paga una multa por afiliación tardía de la Parte D y pasa a ser elegible para la Ayuda Adicional durante el año, podrá dejar de pagar la multa.
- Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por afiliación tardía de la Parte D si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados.

Para obtener más información sobre la Ayuda Adicional, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de asociado del plan

Su registro de asociado contiene información del formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su médico primario (primary care provider, PCP).

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan **utilizan su registro de asociado para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los importes de costo compartido**. Por ello, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, la de su empleador, la del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, la compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si ha sido ingresado en un centro de cuidados
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentra fuera del área de cobertura o fuera de la red.
- Si cambia la persona responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** no está obligado a informar al plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero le alentamos a que lo haga.)

Si esta información cambia, infórmenos llamando al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. A esto se lo denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea esta información con atención. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta, o si tiene alguna otra cobertura que no aparece en la lista, llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que sus otros aseguradores le pidan el número de identificación de asociado de nuestro plan (proporciónelo una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que paga primero (“el pagador principal”) paga hasta el máximo de su cobertura. El seguro que paga en segundo término (“pagador secundario”) solo paga si quedaron costos sin cubrir por la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 y tiene una discapacidad, y usted (o un miembro de su familia) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

Capítulo 1 Primeros pasos como asociado

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico).
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico).
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos útiles

SECCIÓN 1 Contactos de DrSelect-CFL (HMO)

Para obtener ayuda con las reclamaciones, facturación o si tiene algunas preguntas sobre la tarjeta de asociado, llame o escriba al Departamento de Servicios al Asociado para los asociados de DrSelect-CFL (HMO) al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Con gusto le ayudaremos.

Servicios al Asociado: información de contacto

LLAMADAS	(833) 342-7463 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. El Departamento de Servicios al Asociado también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablen inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Fax	(786) 578-0283
CORREO POSTAL	Doctors HealthCare Plans, Inc. 2020 Ponce de Leon Blvd., Suite PH1 Coral Gables, FL 33134.
SITIO WEB	https://www.doctorshcp.com/es/inicio/

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y la cobertura, o sobre el importe que pagaremos por sus servicios médicos o los medicamentos de la Parte D. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones para atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica o medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto

LLAMADAS	(833) 342-7463 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Fax	(786) 578-0283
CORREO POSTAL	Doctors HealthCare Plans, Inc. 2020 Ponce de Leon Blvd., Suite PH1 Coral Gables, FL 33134.
SITIO WEB	https://www.doctorshcp.com/es/inicio/

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Información de contacto para quejas sobre atención médica

LLAMADAS	(833) 342-7463 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Fax	(786) 578-0283
CORREO POSTAL	Doctors HealthCare Plans, Inc. 2020 Ponce de Leon Blvd., Suite PH1 Coral Gables, FL 33134.
El sitio web de Medicare	Para presentar un reclamo sobre DrSelect-CFL (HMO) directamente a Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si ha recibido una factura o ha pagado por servicios (como la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que tenga que solicitarnos el reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Información de contacto para solicitudes de pago

LLAMADAS	(833) 342-7463 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Fax	(786) 578-0283
CORREO POSTAL	Doctors HealthCare Plans, Inc. 2020 Ponce de Leon Blvd., Suite PH1 Coral Gables, FL 33134.
SITIO WEB	https://www.doctorshcp.com/es/inicio/

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare es los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Información de contacto de Medicare

LLAMADAS

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Las llamadas a este número son gratuitas.

Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

TTY

1-877-486-2048

Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.

Las llamadas a este número son gratuitas.

Chat Live

Chatea en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone

CORREO POSTAL

Escriba a Medicare en PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

SITIO WEB

www.Medicare.gov

- Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluyendo cuánto cuestan y qué servicios ofrecen.
- Encuentre médicos u otros proveedores y proveedores de atención médica que participan en Medicare.
- Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas y visitas anuales de “bienestar”).
- Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare.
- Obtenga información sobre la calidad de la atención prestada por los planes, centros de cuidados, hospitales, médicos, agencias de atención domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes internos y hospitales de cuidados a largo plazo.
- Busque sitios web útiles y números de teléfono.

También puede visitar [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para informar a Medicare sobre alguna queja que tenga sobre DrSelect-CFL (HMO).

Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas de Medicare. En Florida, el SHIP se denomina Programa SHINE del Departamento de Asuntos de la Tercera Edad (SHINE Program Department of Elder Affairs).

El Programa SHINE es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para ofrecer asesoría local gratuita sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

Los asesores del Programa SHINE pueden ayudarle a conocer sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del Programa SHINE también pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare, ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder a preguntas sobre el cambio de planes.

Programa SHINE del Departamento de Asuntos de Personas Mayores (Florida SHIP): Información de contacto

LLAMADAS	1-800-96-ELDER 1-800-963-5337
TTY	1-800-955-8770 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
CORREO POSTAL	4040 Esplanade Way, Ste 270 Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO WEB	www.floridashine.org

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement, QIO)

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. Para Florida, la Organización para la mejora de la calidad se denomina ACENTRA HEALTH.

ACENTRA HEALTH cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a las personas con Medicare. ACENTRA HEALTH es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con ACENTRA HEALTH:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de problemas relacionados con la calidad de la atención son recibir la medicación equivocada, someterse a pruebas o procedimientos innecesarios o recibir un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

ACENTRA HEALTH (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Florida): Información de contacto

LLAMADAS	1-888-317-0751 9:00 a.m. 5:00 p.m. ET, lunes viernes; 11:00 a.m. 3:00 p.m. ET, fines de semana y días festivos
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
CORREO POSTAL	5201 West Kennedy Blvd, Ste 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.Acentraqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad para Medicare y manejar las inscripciones en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Información de contacto del Seguro Social

LLAMADAS	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos

(como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [QMB+]).

- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre los programas de ahorros de Medicaid y Medicare, comuníquese con Florida Oficina de Medicaid (AHCA).

Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA): Información de contacto

LLAMADAS	1-888-419-3456
	Lunes a viernes de 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
TTY	1-800-955-8771: este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
CORREO POSTAL	Agencia para la Administración de la Atención Médica 2727 Mahan Drive, MS 6 Tallahassee, FL 32308
SITIO WEB	www.ahca.myflorida.com

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados

El sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ofrece información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

Programa “Ayuda adicional” de Medicare.

Medicare y el Seguro Social cuentan con un programa denominado Ayuda adicional que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos a las personas con ingresos y recursos limitados. Si reúne los requisitos, recibirá ayuda para pagar la prima mensual, el

deducible anual y los copagos del plan de medicamentos de Medicare. Esta ayuda adicional también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si usted califica automáticamente para recibir la ayuda adicional, Medicare le enviará una carta. Si no cumple los requisitos automáticamente, puede presentar una solicitud en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional”, use esta información de contacto:

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

Cuando solicite ayuda adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de ahorros de Medicare (MSP). Estos programas estatales proporcionan ayuda con otros gastos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted indique lo contrario en la solicitud de Ayuda adicional.

Si usted cree que reúne los requisitos para recibir ayuda adicional y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento recetado está pagando una cantidad incorrecta, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel copago correcto. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos.

- Doctors HealthCare Plans aceptará cualquiera de las siguientes formas de evidencia de los beneficiarios o farmacéuticos para establecer que un beneficiario reúne los requisitos para la Ayuda Adicional debido a su condición de bajos ingresos:
 - Una copia de la tarjeta Medicaid del asociado que incluya su nombre y una fecha de elegibilidad durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
 - Una copia de un documento estatal que confirme la condición de asociado activo de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior; o una copia impresa del archivo electrónico de inscripción estatal que muestre la condición de asociado de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
 - Una impresión de pantalla de los sistemas Medicaid del estado que muestre el estado de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
 - Una carta de la Administración del Seguro Social (SSA) que demuestre que la persona recibe SSI; o una Solicitud presentada por persona considerada elegible que confirme que el asociado es “... automáticamente elegible para recibir ayuda adicional...”; u

- Otra documentación proporcionada por el Estado que demuestre la situación de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no cobró el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

La mayoría de nuestros asociados reúnen los requisitos y ya reciben la “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos recetados.

¿Qué sucede si tiene ayuda adicional y cobertura del Programa de asistencia para medicamentos para el sida (State Pharmaceutical Assistance Program, ADAP)?

El Programa de asistencia para medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que tienen VIH/sida a acceder a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario ADAP cumplen los requisitos para la ayuda con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Departamento de Sanidad de Florida (Florida Department of Health).

Nota: para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, entre los que se incluyen el comprobante de residencia en el estado y el estado serológico respecto al del VIH, el comprobante de bajos ingresos (según lo establece el estado) y estado de no asegurado o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifíquelo a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, use la siguiente información de contacto.

PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MEDICAMENTOS PARA EL SIDA (ADAP): INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE FLORIDA

LLAMADAS

Inglés: 1-800-352-2437 (1-800-FLA-AIDS)

Español: 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA)

Criollo: 1-800-243-7101 (1-800-AIDS-101)

8:00 a.m. – 5:00 p.m. ET, lunes a viernes

PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MEDICAMENTOS PARA EL SIDA (ADAP): INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE FLORIDA

TTY	TTY: 1-888-503-7118 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
CORREO POSTAL	Departamento de Salud de la Florida - Sección de VIH/SIDA 4052 Bald Cypress Way Tallahassee, FL 32399
SITIO WEB	www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html

Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos y puede ayudarle a administrar los gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por el plan, distribuyéndolos a lo largo del **año calendario** (enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su adhesión se renovará automáticamente para el 2026.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare: información de contacto

LLAMADAS	(833) 342-7463 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablen inglés.
-----------------	---

Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare: información de contacto

TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días a la semana, 8:00 a.m. 8:00 p.m.
Fax	(786) 578-0283
CORREO POSTAL	Doctors HealthCare Plans, Inc. 2020 Ponce de Leon Blvd., Suite PH1 Coral Gables, FL 33134
SITIO WEB	https://www.doctorshcp.com/es/2026listademedicamentos/

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB)

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene algunas preguntas sobre los Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Junta de Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board, RRB): información de contacto

LLAMADAS	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione 0 para hablar con un representante de RRB de 9 am a 3:30 pm, el lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 am a 12 pm el miércoles. Pulse “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos fines de semana y festivos.
-----------------	--

Junta de Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board, RRB): información de contacto

TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número no son gratis.
SITIO WEB	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja) como parte de este plan, llame al administrador de los beneficios del empleador o sindicato o al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que le respondan las preguntas que tenga. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como asociado a nuestro plan

En este capítulo se explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Para obtener más información sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4.

Sección 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 brindar atención y servicios 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 médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los asociados de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica cubierta por su plan

Como un plan de salud de Medicare, DrSelect-CFL (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

DrSelect-CFL (HMO) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan**, en el Capítulo 4.

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios, suministros o equipos son necesarios para la prevención, el diagnóstico, o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted tiene un médico primario de la red (primary care provider, PCP) que brinda y supervisa su atención.** Como asociado a nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2.1).
 - En la mayoría de las situaciones, su médico primario (PCP) de la red deberá aprobarlo por adelantado (un referido) antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
 - Los referidos de su PCP no son requeridos de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. Para obtener más información sobre otros tipos de atención que usted puede recibir sin tener la aprobación por adelantado de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. Existen tres excepciones:
 - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la sección 3.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. Deberá obtener una autorización por adelantado del plan antes de buscar atención médica. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio esté temporalmente no disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que paga a nuestro plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de

servicio del plan y obtiene una diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder 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 elige obtener 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 Cómo usar proveedores de la red del plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Debe elegir a un Médico Primario (PCP) para que brinde y supervise su atención médica

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

- **¿Qué es un PCP?** Un Médico Primario (PCP) es un médico de la red al que acude primero para la mayoría de los problemas de salud. Él o ella se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y referirlo a ellos.
- **¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?** Los PCP suelen ser médicos especializados en medicina interna, medicina familiar, geriatría o medicina general.
- **¿Cuál es la función de mi PCP?** La relación con su PCP es importante, ya que su PCP es responsable de sus necesidades de atención médica y de coordinar todos los servicios cubiertos. Su PCP mantiene su historial clínico en el que se documentan todos los servicios que le ha prestado o coordinado.
- **¿Cuál es la función del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?** El PCP lo ayudará a coordinar todos los servicios de atención médica. **En la mayoría de los casos, debe acceder a un proveedor de la red con la aprobación por adelantado de su PCP; esto se denomina derivación, es decir, contar con la aprobación previa del PCP.** Sin embargo, le recomendamos que informe a su PCP sobre toda la atención que recibe para que pueda ayudarlo mejor.
- **¿Cuál es la función del PCP en la toma de decisiones sobre la autorización previa?** El PCP lo ayudará a coordinar el proceso de obtener autorización previa para aquellos servicios y beneficios que la requieran.

¿Cómo elige al PCP?

Deberá seleccionar un Médico Primario (PCP) del Directorio de proveedores en el momento de su inscripción. Para obtener una copia del Directorio de proveedores más reciente o para recibir ayuda para seleccionar un PCP, comuníquese con Servicios al Asociado (el número figura en la contraportada de este documento). O bien, puede visitar nuestro sitio web para

buscar un médico de cabecera. El sitio web también aparece en el Capítulo 2 de este documento. Si no selecciona un médico de cabecera en el momento de la inscripción, es posible que le asignemos uno. Puede cambiar de PCP en cualquier momento; consulte “Cómo cambiar de PCP” a continuación.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Los cambios del Médico Primario (PCP) entrarán en vigor *el primer día del mes siguiente a la fecha de la solicitud*. También es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y tenga que elegir uno nuevo.

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin un referido de su Médico Primario?

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una autorización por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan, que son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no son una emergencia), siempre que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan, o que no sea razonable debido a su tiempo, su lugar y sus circunstancias obtener este servicio de parte de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar a 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener una diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.

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

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

En la mayoría de los casos, usted debe obtener un referido de su médico primary (PCP). Le sugerimos que coordine toda su atención médica con su médico primary (PCP). Los proveedores pueden obtener una autorización previa del plan mediante comunicación con el Departamento de Administración de Gestiones Médicas de Doctors HealthCare Plans en el número de teléfono que figura en el reverso de la tarjeta de identificación del asociado. Para obtener información sobre los servicios que requieren derivaciones o autorizaciones previas, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Es posible que se requiera autorización previas para determinados servicios (consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4, para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previas). Se puede obtener autorización previa del plan. Usted o su proveedor, incluido un proveedor no contratado, pueden consultar si el plan cubrirá el servicio antes de que se lo brinden. Usted o su proveedor pueden solicitar que esta determinación sea por escrito. Este proceso se denomina determinación de la organización. Si decidimos no cubrir sus servicios, usted o su proveedor tienen derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención médica. El Capítulo 9 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas]) contiene más información sobre qué hacer si desea que tomemos una decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan?

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista deja de estar en el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- Si su médico primario su médico de salud conductual deja de estar en nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.
- Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, actualmente recibe atención médica de este 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 continuar con la atención.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que tenga para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se requiere autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista va a dejar nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, un reclamo de la calidad de la atención al plan, o ambas (consulte el Capítulo 9).

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

Si necesita recibir atención médica que debe cubrir el plan de acuerdo con las exigencias de Medicare, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. Se debe obtener autorización del plan antes de buscar atención médica. Usted o su proveedor, incluido un proveedor no contratado, pueden preguntar al plan si cubrirá el servicio antes de que se preste dicho servicio. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, vaya a la Sección 2.3 de este capítulo.

El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio esté no disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que paga al plan por diálisis nunca será superior al costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe servicios de diálisis de

un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no será superior al 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 elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de los servicios de diálisis podría ser mayor. Además, los planes deben cubrir los servicios de diálisis para los afiliados con enfermedad renal en etapa terminal (end-stage renal disease, ESRD) que hayan viajado fuera del área de servicio de nuestro plan y no puedan acceder a proveedores contratados de ESRD.

También tiene derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o de urgencia.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, servicios de cuidado urgente o durante una catástrofe

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor severo o una afección médica que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que el PCP lo apruebe o le envíe un referido. No es necesario que use un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forma parte de nuestra red. Puede obtener asistencia médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar del mundo.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Llame al Departamento de Servicios al Asociado al número de teléfono que aparece en la contraportada de este documento. El número de teléfono del Departamento de Servicios al Asociado también se encuentra en el reverso de nuestra tarjeta de asociado al plan.

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica? El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, vea la Tabla de beneficios médicos que aparece en el Capítulo 4 de este documento.

La cobertura a nivel mundial para emergencias/casos urgentes se explica con más detalle en el Capítulo 4. Para obtener más información, consulte la cobertura de beneficios, atención de emergencia.

Los médicos que le brinden atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que haya pasado la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

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

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención médica que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave un peligro.

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

- Acude a un proveedor de la red para recibir la atención adicional, o bien
- La atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas para obtener estos servicios de cuidado urgente.

Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios

Un servicio de urgencia es un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de

nuestro plan, o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de parte de los proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Siempre debe intentar obtener los servicios que necesite con urgencia de parte de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o accesibles temporalmente y no es razonable esperar a recibir atención de su proveedor de la red cuando vuelva a estar disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de parte de un proveedor fuera de la red.

Puede utilizar los servicios de un centro de urgencias para servicios de cuidado urgente. Consulte el Directorio de proveedores o la herramienta de búsqueda de proveedores en el sitio web en www.doctorshcp.com/es/2026proveedores/. para acceder a una lista de los centros de servicios de cuidado urgente.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos, en las siguientes circunstancias. Es posible que este plan cubra la atención de emergencia, los servicios de cuidado urgente y el transporte hasta el límite de prestaciones específico del plan. Si el costo del servicio supera el límite de beneficios del plan, usted deberá pagar la diferencia. Debe recibir atención de seguimiento no urgente/no emergente en el Área de Servicio del plan.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención médica de su plan.

Visite www.fema.gov para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante una catástrofe.

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con el costo compartido de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante una catástrofe, es posible que pueda obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?

Si pagó más que el costo compartido del plan por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

DrSelect-CFL (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios que figuran en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red y que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos algún servicio o atención médica que esté considerando, puede preguntarnos si lo cubriremos antes de recibirlo. También tiene derecho a solicitar esto por escrito. Si determinamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a presentar una apelación sobre dicha decisión.

En el Capítulo 9. (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) se incluye más información sobre qué hacer si desea que tomemos una decisión de cobertura o si desea presentar una apelación acerca de una decisión que ya hayamos tomado. También puede llamar Departamento de Servicios al Asociado para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. La cantidad que pague después de haber alcanzado un límite de beneficios no se tendrán en cuenta para el máximo anual de gastos de su bolsillo. Puede llamar al Departamento de Servicios al Asociado cuando desee saber cuánto de su límite de beneficios ya ha utilizado (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los 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 denominado *ensayo clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo,

para averiguar 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 generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo la atención restante (atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos informa que participa en un ensayo clínico calificado, solo será responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya ha abonado el costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Tendrá que proporcionarnos documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos lo comunique ni que obtenga nuestra aprobación o la de su médico primario. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan (esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo o registro clínico para evaluar el beneficio, incluidos determinados beneficios que requieren cobertura con desarrollo reactivos (NCDs-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.)

Aunque no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos avise con antelación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si participa en un estudio no aprobado por Medicare, 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 los servicios?

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubrirá los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluidos los siguientes:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.

- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare pague su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su participación en los costos dentro de la red como asociado de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre cuánto pagó en concepto del costo compartido. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pagos.

Ejemplo de reparto de costos en un ensayo clínico: supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría los \$20 copago requeridos por Original Medicare. Luego, deberá notificar a nuestro plan que ha recibido un servicio de ensayo clínico calificado y enviar la documentación (como la factura del proveedor) al plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

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

- Por lo general, Medicare no pagará el nuevo producto o servicio que se está evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requiriera solo una tomografía computarizada.
- Los productos y servicios que generalmente brindan los patrocinadores de la investigación son gratuitos para las personas que participan en el ensayo.

¿Desea obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica?

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica). La publicación está disponible en [www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-](http://www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf)

[research-studies.pdf](#). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un asociado, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Cómo obtener atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico **no exceptuado**.

- **La atención o el tratamiento médicos no exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médicos **exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos *no* son voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan se limita a los *aspectos no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de enfermería especializada.

- y, debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Usted tiene cobertura para una estadía ilimitada en el hospital, siempre y cuando se cumplan con las pautas de cobertura de Medicare. Los límites de cobertura hospitalaria para pacientes internados de Medicare se describen en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 en Atención hospitalaria como paciente interno.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 No será propietario de ningún equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan

El equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitados por un proveedor para que los asociados los utilicen en su domicilio. El asociado siempre posee algunos artículos de DME, como prótesis. Otros tipos de equipo médico duradero que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. **Como asociado de DrSelect-CFL (HMO), generalmente no obtendrá la propiedad de los equipos médicos duraderos alquilados, independientemente del número copagos que realice por el artículo mientras sea asociado a nuestro plan.** No obtendrá la propiedad aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) en Medicare Original antes de afiliarse a nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del equipo médico duradero. Llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para ser propietario del artículo de equipo médico duradero. Los pagos que haya realizado mientras estaba inscrito en su plan no cuentan para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que hizo en Original Medicare no cuentan.

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en

nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para ser propietario del artículo una vez que se una de nuevo a Original Medicare. Todos los pagos anteriores que haya hecho (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, DrSelect-CFL (HMO) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si se va de DrSelect-CFL (HMO) o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, deberá devolverlo.

¿Qué pasará si deja nuestro plan y regresa a Original Medicare?

Original Medicare requiere un proveedor de oxígeno para brindarle servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede elegir quedarse en la misma empresa o irse a otra empresa. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si permanece en la misma compañía, y nuevamente se le exigirá que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

En la Tabla de Beneficios Médicos se enumeran los servicios cubiertos y se detalla el importe que paga por cada servicio cubierto como asociado de DrSelect-CFL (HMO). En esta sección también se ofrece información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y se explican los límites de determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos incluyen:

- **Copago:** es el importe fijo que paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (En la Tabla de Beneficios Médicos encontrará más información sobre los copagos).
- **Coseguro:** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (En la Tabla de Beneficios Médicos encontrará más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa de Beneficiario calificado de Medicare (QMB, Qualified Medicare Beneficiary) no pagan deducibles, copagos ni coseguros. Si está en uno de estos programas, asegúrese de mostrar a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB.

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

Los planes Medicare Advantage tienen límites sobre el importe total que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026, este importe es de \$3,500.**

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para este monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los importes que pague por algunos servicios no cuentan para el importe máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de Beneficios Médicos. Si alcanza el importe máximo de \$3,500 que paga de su bolsillo, no tendrá que pagar ningún costo de su bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. No obstante, deberá seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen saldos

Como asociado de DrSelect-CFL (HMO), usted tiene una protección importante porque solo tiene que pagar la parte que le corresponde de los costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden cobrarle cargos adicionales por separado, lo que se conoce como **facturación del saldo**. Esta protección se aplica incluso cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección:

- Si su participación en los costos compartidos es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solo esa cantidad por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su participación en los costos compartidos es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una referido o en el caso de servicios de urgencias o emergencia.)
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en 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 solo en determinadas situaciones, por ejemplo, cuando lo remiten a un especialista, o en caso de emergencia o de cuidados urgentes fuera del área de servicio.)

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

- Si cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 En la Tabla de Beneficios Médicos figura cuánto está cubierto y cuánto le corresponde pagar

En la Tabla de Beneficios Médicos de las páginas a continuación figuran los servicios que cubre DrSelect-CFL (HMO) y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D está en el Capítulo 5). Los servicios que figuran en la Tabla de Beneficios Médicos solo están cubiertos cuando se cumplen estos requisitos:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben prestarse de acuerdo con las directrices de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos asociados, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de Medicare Advantage no puede exigir autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe 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 atención de urgencia o emergencia, o si su plan o proveedor de la red le ha dado un referido. Esto significa que usted paga al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Tiene un médico primario (primary care provider, PCP) que le proporciona y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su médico primario deberá aprobarlo por adelantado (un referido) antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan.
- Algunos servicios que figuran en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (lo que a veces se denomina autorización previa). Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en la Tabla de Beneficios Médicos con una nota de pie.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual *Medicare & You 2026 [Medicare y Usted 2026]*. También puede consultarlo en línea en www.Medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)
- Para los servicios preventivos que están cubiertos sin costo alguno por Original Medicare, nosotros también cubrimos esos servicios sin costo alguno para usted. Sin embargo, si durante la visita en la que recibe el servicio preventivo se le trata o controla también una afección existente, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)

Información importante sobre beneficios para personas con enfermedades crónicas.

Si se le diagnostica la siguiente enfermedad crónica que se indica a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos.

- Enfermedades autoinmunes:
 - Poliarteritis nodosa (también conocida como PAN, inflamación y debilitamiento de las arterias).
 - Polimialgia reumática (también conocida como PMR, inflamación/dolor/rigidez en hombros y caderas).
 - Polimiositis (también conocida como miopatía inflamatoria, debilidad muscular).
 - Artritis reumatoide (también conocida como AR, dolor/rigidez en las articulaciones).
 - Lupus eritematoso sistémico (también conocido como lupus).
- Cáncer:
 - Cáncer (excluyendo condiciones precancerosas o estado in situ (estadio 0)).
- Enfermedades cardiovasculares:
 - Arritmia cardíaca (también conocida como ritmo cardíaco anormal).

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

- Enfermedad coronaria (también conocida como antecedentes de dolores en el pecho, ataques cardíacos o endurecimiento de las arterias del corazón).
 - Enfermedad vascular periférica (también conocida como endurecimiento de las arterias de las piernas).
 - Tromboembolismo venoso crónico (también conocido como coágulos de sangre en las piernas).
- Trastorno crónico por consumo de alcohol u otras sustancias.
- Insuficiencia cardíaca crónica:
 - Insuficiencia cardíaca crónica.
 - Insuficiencia cardíaca congestiva.
- Enfermedades pulmonares crónicas:
 - Asma.
 - Bronquitis crónica.
 - Enfisema.
 - Fibrosis pulmonar (también conocida como cicatrización del tejido pulmonar).
 - Hipertensión pulmonar (pulmones) (también conocida como presión arterial alta en los pulmones).
- Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes:
 - Trastornos de bipolaridad.
 - Trastornos depresivos mayores.
 - Trastorno paranoico.
 - Esquizofrenia.
 - Trastorno esquizoafectivo.
- Demencia.
- Diabetes mellitus:
 - Diabetes mellitus (también conocido como diabetes tipo I o tipo II).
- VIH/SIDA.
- Trastornos neurológicos:
 - Esclerosis lateral amiotrófica (ELA).
 - Epilepsia.
 - Parálisis extensa (hemiplejía, tetraplejía, paraplejía, monoplejía).
 - Enfermedad de Huntington.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

- Esclerosis múltiple (MS).
 - Enfermedad de Parkinson.
 - Polineuropatía.
 - Estenosis espinal.
 - Déficit neurológico relacionado con un accidente cerebrovascular.
- Trastornos hematológicos graves:
 - Anemia aplásica.
 - Hemofilia.
 - Púrpura trombocitopénica inmune.
 - Síndrome mielodisplásico.
 - Anemia falciforme (excluido el rasgo falciforme).
 - Trastorno trombocitopénico venoso crónico.
- Accidente cerebrovascular.
- Hipertensión crónica.
- Osteoporosis.
- Dolor de espalda crónico.
- Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico.
- Enfermedad gastrointestinal crónica.
- Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores.
- Afecciones asociadas con deterioro cognitivo.
- Afecciones con desafíos funcionales.
- Enfermedades crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato.
- Afecciones que requieren servicios de terapia continuos para que las personas mantengan o conserven su funcionalidad.

Para poder optar a los Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), deben cumplirse los tres criterios siguientes y ser confirmados por su médico o médicos:

• El asociado debe requerir cuidados intensivos

Basado en la evaluación médica de pacientes que han tenido ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses o visitas a urgencias.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

• El asociado debe tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud

Basado en la evaluación del médico de que el paciente presenta un alto riesgo de hospitalización no planificada u otros resultados adversos para la salud.

• El asociado debe tener un diagnóstico documentado y activo

Basado en una o más de las afecciones comórbidas y médicamente complejas que califican. (Consulte la lista de las afecciones crónicas arriba)

Puede utilizar hasta \$69.65 por mes para ayudar con necesidades que no estén relacionadas con la salud principalmente. Se espera que este beneficio mejore o mantenga la salud o la función general del asociado con enfermedad crónica. Este beneficio se puede utilizar para comprar alimentos saludables, comidas, artículos de cuidado personal, suministros para mascotas; también se puede usar para pagar servicios públicos y gasolina. Póngase en contacto con el Departamento de Servicio al Asociado (el número de teléfono se encuentra en el reverso de este documento) para averiguar exactamente qué beneficios están disponibles. No se permite el tabaco ni el alcohol.

Puede utilizar este beneficio más de una vez al mes, hasta el límite. Los fondos no se transfieren de mes a mes. Se recomienda utilizar el importe completo cada mes.

Este beneficio está disponible al comienzo de cada mes en el que cumpla con los criterios. Una vez que cumpla con los criterios descritos anteriormente, todos los meses recibirá la prestación para poder comprar alimentos saludables, comidas, artículos de cuidado personal, artículos para mascotas, pagar servicios públicos y comprar gasolina. Los fondos no se acumulan de un mes a otro, así que asegúrate de utilizarlos cada mes.

- Para obtener más detalles, consulte la fila *Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos* en la Tabla de Beneficios médicos que figura a continuación.



Esta manzana muestra servicios preventivos en la Tabla de Beneficios Médicos.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**Tabla de beneficios médicos**

Servicio cubierto	Lo que paga
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba si usted presenta determinados factores de riesgo y si recibe un referido de parte de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago, ni deducible para los asociados elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos: • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa etc.). • No está relacionado con una cirugía. • No está relacionado con un embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que manifiesten una mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes.	\$0 copago para cada visita cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
Los asistentes médicos (physician assistants, PA), enfermeros practicantes (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • Un título de maestría o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación en Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y, • Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en los artículos 42 y 410.26 del Título 410.27 Este servicio requiere referido de su proveedor primaria (PCP) y autorización previa del plan.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para situaciones de emergencia o que no sean de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria, hasta el centro apropiado más cercano que pueda proporcionar atención, si se trata de un asociado cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si nuestro plan lo autoriza. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de urgencia, se debe documentar que la afección del asociado es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	\$250 copago por cada servicio de ambulancia terrestre de ida cubierto por Medicare. 20% coseguro del costo total por cada servicio de ambulancia aérea de ida cubierto por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
Su médico debe comunicarse con el plan en relación con los servicios para situaciones que no sean de emergencia.	
 Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y sus factores de riesgo actuales. Se cubre una vez cada 12 meses. Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago, ni deducible para la consulta anual de bienestar.
 Medición de la masa ósea Para las personas que reúnen los requisitos (por lo general, aquellas con riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), se cubren los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: Procedimientos para identificar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No se requiere coseguro, copago, ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	No se requiere coseguro, copago, ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoría están cubiertos para asociados que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico.	\$15 copago para cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. Este servicio requiere referido de su proveedor primaria (PCP) y autorización previa del plan.	
 Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	No se requiere coseguro, copago, ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
 Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago, ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si tiene un alto riesgo de padecer cáncer de cuello uterino o de vagina, o si está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago, ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones. • Además, puede acudir por su cuenta a un quiropráctico participante del plan hasta un máximo de 12 visitas por año calendario para ajustes espinales de rutina.	\$0 copago para cada visita cubierta por Medicare. \$15 copago para hasta 12 visitas todos los años para servicios quiroprácticos complementarios.
Servicios de gestión y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, la administración de los medicamentos y la coordinación y planificación de la atención.	Los costos compartidos por este servicio variarán según los servicios individuales prestados durante el tratamiento. \$0 copago para cada visita de especialista cubierta por Medicare. \$150 copago para otros servicios cubiertos por Medicare cuando se realizan en un centro hospitalario ambulatorio.
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertos las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no presentan un riesgo elevado, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no presentan un riesgo elevado de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de riesgo elevado después de una colonoscopia de detección previa. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no presenten un riesgo elevado de cáncer colorrectal, cubierta cuando hayan	No se requiere coseguro, copago, ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. En el caso de los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computada de detección realizada al menos 23 meses después del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN fecal multi-target para pacientes 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores sanguíneos para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de	examen diagnóstico y usted paga: \$0 copago por los servicios de su médico. \$150 copago si se realiza en el hospital ambulatorio. \$50 copago si se realiza en el Centro Quirúrgico Ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC) \$0 copago si se realiza en el consultorio del médico.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
detección, como resultado de ella y en la misma consulta clínica.	
Servicios Dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, revisiones dentales rutinarias y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios odontológicos en un número limitado de circunstancias, concretamente cuando ese servicio forma parte integrante del tratamiento específico de la enfermedad primaria de una persona. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para el tratamiento con radiación contra el cáncer que afecta a la mandíbula o los exámenes bucales previos al trasplante de órganos. Además, cubrimos lo siguiente: <u>Servicios dentales preventivos:</u> • Exámenes bucales (periódicos y completos), hasta 2 por cada año calendario*. • Limpiezas profiláctica, hasta 2 por cada año calendario. • Tratamientos con fluoruro, hasta 2 por cada año calendario. • Radiografías dentales, hasta 2 por año calendarios. • Radiografías panorámicas, hasta 1 por cada 3 años calendarios. <u>Servicios dentales integrales:</u> • Tratamiento de endodoncia, 1 por cada año calendario. • Coronas, 1 por año calendario. • Empastes de amalgama o resina, hasta 2 por año calendario. • Extracciones, hasta 4 por año calendario. • Implante, 1 por año calendario.	\$0 copago para los servicios dentales cubiertos por Medicare. \$0 copago para servicios dentales preventivos. \$0 copago para servicios dentales completos.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
• Raspado y alisado de endodoncia (limpieza profunda), hasta 1 cuadrantes cada uno, por cada 2 años calendario. • El plan cubre 1 dentadura postiza completa superior y 1 dentadura postiza completa inferior por cada 5 años, o el plan cubre 1 dentadura postiza parcial superior y 1 dentadura postiza parcial inferior cada 5 años. *Evaluaciones bucales periódicas y completas totales limitadas a 2 por año calendario, combinadas. Debe acudir a un proveedor de la red dental participante para recibir los beneficios dentales. Los proveedores dentales participantes pueden consultar el Directorio de proveedores del plan en nuestro sitio web: https://www.doctorshcp.com/2026plans/ Su médico deberá comunicarse con el plan para obtener la autorización previa.	
 Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La detección debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o derivaciones.	No se requiere coseguro, copago, ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si usted presenta alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No hay coseguro, copago, ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (usuarias y no usuarias de insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas con diabetes que padecen pie diabético grave: un par por año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas que se suministran con dichos zapatos) y 2 pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se suministran con dichos zapatos). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos.	0% coseguro del costo total para suministros preferidos para diabéticos (glucómetros, tiras reactivas, lancetas, dispositivos de lanceta y soluciones de control). Los suministros preferidos para diabéticos incluyen: productos Abbott: FreeStyle, FreeStyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Freestyle Insulinx, Freestyle Precision Neo, Precision Xtra y productos Trividia/Nipro: True Metrix, Relion True Metrix, True Metrix Air. 20% coseguro del costo total para glucómetros y tiras reactivas no preferidos. Para ello se requerirá una autorización previa. 20% coseguro del costo total para lancetas, dispositivos para lancetas y soluciones de control no preferidos. Para ello no requerirá autorización previa. Usted paga 0% coseguro del costo total para los Monitores Continuos de Glucosa en Sangre (CBGM) Preferidos. No se requiere autorización

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
	previa si tiene un historial de prescripción de insulina en los últimos 120 días. Los CBGM preferidos incluyen Freestyle Libre, Freestyle Libre 2 Plus, Freestyle Libre 3, Freestyle Libre 3 Plus, Dexcom G6 y Dexcom G7. 20% coseguro del costo total para un CBGM no preferido. Esto requerirá autorización previa y el ensayo de un CBGM preferido. \$0 copago para zapatos o plantillas terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare. \$0 copago para la formación en autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3.) Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso doméstico, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Junto con este documento de <i>Evidencia de Cobertura</i>, le enviamos la lista de equipos médicos duraderos de DrSelect-CFL (HMO). La lista muestra las marcas y fabricantes de	Su participación en los costos de la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es 0% coseguro del costo total. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en DrSelect-CFL (HMO) había realizado 36 meses de

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto

equipos médicos duraderos que cubrimos. Esta lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web: www.doctorshcp.com

Por lo general, DrSelect-CFL (HMO) cubre cualquier aparato médico duradero cubierto por Medicare Original de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Si es nuevo en el plan DrSelect-CFL (HMO) y utiliza una marca de DME que no está en nuestra lista, seguiremos cubriéndole esta marca hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada después de este periodo de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita a una segunda opinión.)

Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuado para su afección médica. (Para más información sobre los recursos de apelación, consulte el Capítulo 9, *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, recursos de apelación, quejas)*).

La siguiente lista de proveedores preferidos le indica qué fabricantes de equipo médico duradero están cubiertos por nuestros planes de beneficios:

Descripción	Fabricante
Equipo y suministros de BiPap y CPAP	Resmed, Philips respironics, Fisher & Paykel, Sunset
Suministros de Catéteres y Urológica	Coloplast, Convatec y Hollister
Inodores portátiles (Commodos)	Medline & Drive Medical

Lo que paga

pago de alquiler por la cobertura del equipo de oxígeno, su participación en los costos del plan es de 0% coseguro del costo total.

0% - 20% coseguro del costo total para cada artículo cubierto por Medicare (consulte la tabla siguiente para ver los artículos y fabricantes preferidos).

0% coseguro del costo total para máquinas CPAP.

20% coseguro del costo total para artículos eléctricos preferidos cubiertos por Medicare, incluidos, entre otros: sillas de ruedas eléctricas, sistemas de colchones eléctricos y otros dispositivos eléctricos (consulte la tabla siguiente para ver los artículos y fabricantes preferidos).

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
Unidades y suministros de movimiento pasivo continuo	Kinetec USA
Nutrición enteral y tubos de alimentación	Abbott, McKesson, Avanos, Amerisource
Camas de hospital, colchones y suministros	Medline & Drive Medical
Bombas y suministros para linfedema	Bio Compression
Dispositivos de movilidad (bastones, muletas, andadores, sillas de ruedas y vehículos motorizados)	Medline, Drive Medical, Mertis, Pride, Vive
Oxígeno y suministros de oxígeno	Caire, O2 Concepts, Air Gas, Ohio Medical, Respironics, Drive
Elevadores de pacientes	Medline, Drive Medical, Rhythm Healthcare
Máquinas de succión y suministros	Medline, Drive Medical, Sunset
Suministros para traqueotomía y laringectomía	Medtronic, Avanos, McKesson, Medline, Pepper Medical, Cardinal Health at Home.
Tracción y Estimulador de crecimiento óseo	Orthofix
Unidades de estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (tens units) y suministros	Medline, Drive Medical, Sunset

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
Su médico deberá ponerse en contacto con el plan para obtener la autorización previa	
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos medios sobre salud y medicina, cree que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor severo o una afección médica que se agrava rápidamente. Los costos compartidos por los servicios de urgencia necesarios que reciba fuera de la red son los mismos que se aplican cuando recibe estos servicios dentro de la red. Cobertura mundial para emergencias y urgencias: El plan cubrirá su condición de emergencia en todo el mundo. Debe pagar por el servicio de emergencias. El plan le reembolsará nuestra parte del costo hasta el cargo permitido por Medicare. El beneficio máximo del plan para cobertura de emergencia y urgencia en todo el mundo es: \$10,000. Si el costo del servicio o servicios supera \$10,000, deberá abonar la diferencia. *La atención de emergencia/servicios de cuidado urgente en todo el mundo no cuenta para el costo máximo que paga de su bolsillo.	\$125 copago para cada visita al Departamento de Emergencia. No pagará el costo compartido de la visita al Departamento de Emergencias si es ingresado en el hospital dentro de las 24 Horas por la misma afección. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que se estabilice su afección de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención. \$250 copago para cada visita a los departamentos de emergencia a nivel internacional*. \$50 copago para cada visita de servicios de cuidados de urgencia en todo el mundo*. Para obtener más detalles, consulte Servicios de cuidados urgentes*.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
Programa de bienestar físico Los beneficios para el acondicionamiento físico incluyen: Membresía y acceso a instalaciones deportivas locales, instructores de acondicionamiento físico, programas de acondicionamiento físico para el hogar, materiales educativos sobre acondicionamiento físico destinados a ayudar a los asociados a envejecer de forma saludable, acceso a un sitio web con hábitos saludables y otros materiales educativos. En lugar de acceder a las instalaciones deportivas locales, los asociados pueden optar por recibir un kit y elegir entre diferentes opciones, tales como: kit de yoga, que incluye una esterilla y una toalla o una correa y bloques de yoga; kit de musculación, que incluye mancuernas y bandas elásticas; kit de natación, que incluye gafas y una tabla de natación o guantes acuáticos y un flotador de tracción; o kit de pilates, que incluye una pelota de pilates y una toalla. Como alternativa, los asociados pueden elegir un dispositivo portátil de seguimiento de la actividad física.	\$0 copago.
 Programas educativos sobre salud y bienestar El plan ofrece beneficios complementarios de educación médica a un grupo específico de asociados en función del diagnóstico o del riesgo de padecer una enfermedad concreta. Este beneficio incluye la interacción con un educador de salud certificado u otro profesional de la salud calificado. Se espera que las sesiones interactivas proporcionen principalmente información sobre salud, animen a los asociados a adoptar comportamientos saludables, desarrollen habilidades para mejorar las capacidades de autocuidado de los asociados y se alineen con el objetivo general de mejorar la salud de los asociados.	\$0 copago.
Servicios de audición Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su médico para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención	\$0 copago para el examen de audiencia cubierto por Medicare. \$0 copago.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
ambulatoria cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Examen de audición (rutinario) Incluye exámenes rutinarios de audición. Ajuste/evaluación de los audífonos Audífonos Nuestro plan cubre audífonos (de todo tipo) hasta un máximo de \$1,500.00 cada 2 años (para ambos oídos).	\$0 copago. \$0 copago.
Ayuda con ciertas enfermedades crónicas; beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI): Si le diagnostican una enfermedad crónica, puede tener derecho a beneficios complementarios adicionales a través de SSBCI. Consulte la sección “Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI)” que figura más adelante en este capítulo para obtener la lista de determinadas enfermedades crónicas y detalles sobre los beneficios complementarios. Para poder optar a los Beneficios Complementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI), deben cumplirse los tres criterios siguientes y ser confirmados por su médico o médicos: 1. El asociado deberá requerir tratamiento en cuidados intensivos: ○ Basado en la evaluación médica de pacientes que han tenido ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses o visitas a urgencias. 2. El asociado debe estar en alto riesgo de hospitalización u otros efectos adversos para la salud: ○ Basado en la evaluación del médico de que el paciente presenta un alto riesgo de	<i>Por favor, consulte los “beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos (SSBCI)”.</i>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
hospitalización no planificada u otros resultados adversos para la salud. 3. El asociado debe tener un diagnóstico documentado y activo: ○ Basado en una o más de las afecciones comórbidas y médicamente complejas que cumplen los requisitos. Nota: el importe de los beneficios no utilizados no se acumula de un mes a otro.	
 Prueba de detección de VIH En el caso de las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubriremos: • Hasta 3 exámenes de detección durante el embarazo.	No hay coseguros, copagos, ni deducibles para los asociados elegibles para la detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.
Agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio se encargue de proporcionárselos. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	\$0 copago para la atención de enfermería especializada limitada cubierta por Medicare y otros servicios de salud que reciba en su hogar para el tratamiento de una enfermedad o lesión. El número de visitas cubiertas se basa en la necesidad médica determinada por su médico y autorizada por el plan.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
• Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. Este servicio requiere referido de su proveedor primaria (PCP) y autorización previa del plan.	
Tratamiento de infusión en el hogar La terapia de infusión domiciliaria consiste en la administración intravenosa o subcutánea de fármacos o productos biológicos a una persona en su domicilio. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antiviricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de acuerdo con nuestro plan de cuidados. • La capacitación y la educación del paciente no están cubiertos, de otra manera, por los beneficios del equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar. Este servicio requiere referido de su proveedor primaria (PCP) y autorización previa del plan.	\$0 copago para servicios profesionales, capacitación y educación, monitoreo remoto y otros servicios. 0% - 20% coseguro del costo total para medicamentos de infusión domiciliaria suministrados por un proveedor cualificado de terapia de infusión domiciliaria.
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal que certifica que padece una enfermedad terminal y que le quedan 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. Nos	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su prognosis terminal los paga Original

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
comprometemos a ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos intereses financieros. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de alivio a corto plazo. • Atención a domicilio. Cuando es admitido en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe seguir pagando las primas del plan. Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por los servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original los servicios que este programa paga. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original. Para servicios cubiertos por Medicare Parte A o B no relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal: Si necesita servicios que no son de emergencia ni urgentes cubiertos por Medicare Parte A o B que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe el requisito de obtener autorización previa). • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo pagará el monto de costo compartido de nuestro plan por los servicios dentro de la red.	Medicare, no DrSelect-CFL (HMO). \$0 copago para servicios de consultoría de hospicio.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
• Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido según Medicare Original. Para los servicios cubiertos por DrSelect-CFL (HMO) pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare: DrSelect-CFL (HMO) seguirá 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 el monto de costo compartido de nuestro plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal en cuidados paliativos, usted pagará el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal en cuidados paliativos, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el beneficio de cuidados para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, sección 9.4). Nota: Si necesita cuidados que no sean de hospicio (cuidados que no estén relacionados con su pronóstico terminal), póngase en contacto con nosotros para organizar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados para enfermos terminales (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados para enfermos terminales.	
 Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias.	No se requiere coseguro, copago, ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID-19.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
• Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos en virtud de nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, sección 8 para obtener más información.	
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria como paciente interno comienza el día en que ingresa formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior al alta es el último día de hospitalización. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios de tratamiento de abuso de sustancias para pacientes internos • En determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón-páncreas,	\$0 copago por día durante los días 1 - 3 de cada admisión autorizada. \$125 copago por día durante los días 4 - 11 de cada admisión autorizada. \$0 copago por día durante los días 12 - 90 de cada admisión autorizada. Si recibe atención como paciente interno autorizada en un hospital externo después de que se haya estabilizado su afección de emergencia, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red que se indica anteriormente para cada hospitalización cubierta por Medicare. Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare no se aplican (consulte la definición de

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, nos encargaremos de que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si usted es candidato a un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si DrSelect-CFL (HMO) proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes de su comunidad y usted decide recibir los trasplantes en este lugar lejano, organizaremos o pagaremos los gastos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y concentrado de hematíes comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o hacer que la sangre la done usted u otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta. • Servicios médicos. Nota: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de ser un paciente interno o ambulatorio, pregunte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient. If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja informativa se encuentra disponible en	Períodos de beneficios en el Estatuto 12, Definiciones de términos importantes).

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
Internet en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Su médico o centro hospitalario debe ponerse en contacto con el plan para obtener la autorización previa.	
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Hay un límite de 190 días de estancia 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. • 60 días de reserva de por vida. • Servicios de tratamiento de abuso de sustancias para pacientes internos. Su médico o centro hospitalario debe ponerse en contacto con el plan para obtener la autorización previa.	\$0 copago por día durante los días 1 - 3 de cada admisión autorizada. \$125 copago por día durante los días 4 - 11 de cada admisión autorizada. \$0 copago por día durante los días 12 - 90 de cada admisión autorizada. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria como paciente interno (o atención especializada en un centro de enfermería especializada) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que haya finalizado un período de prestaciones, comenzará

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
	un nuevo período de prestaciones.
Hospitalización: servicios cubiertos que recibe en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta. Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos de prótesis y órtesis (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Su médico y centro deben ponerse en contacto con el Plan para obtener la autorización previa de los servicios cubiertos.	Cuando su hospitalización no esté cubierta, su parte de los costos de los servicios aprobados que haya recibido seguirá cubriéndose según se describe en esta Tabla de Beneficios Médicos.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
 Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una orden del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoría individual durante el primer año en que reciba servicios de terapia nutricional médica a través de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare), y 2 horas cada año a partir de entonces. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con una orden médica. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el próximo año calendario.	No se requiere coseguro, copago, ni deducible para los asociados elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios de MDPP están cubiertos para las personas elegibles en todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago, ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los asociados a nuestro plan obtienen cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y se inyectan o se administran por vía intravenosa mientras se reciben servicios médicos, hospitalarios ambulatorios o de un centro quirúrgico ambulatorio.	0% coseguro del costo total para medicamentos nebulizados preferidos. Entre ellos se incluyen: Albuterol Sulfate, Budesonide, Cromolyn Sodium, Ipratropium Bromide, Ipratropium-Albuterol y Levalbuterol HCL. 0% - 20% coseguro del costo total que no exceda

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
• Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que toma utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan. • El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico: lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exámenes por imágenes y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué exámenes por imágenes y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunodepresores/para trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir medicamentos inmunodepresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si no puede salir de casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse el medicamento por sí mismo. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente indicada (quien podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Determinados medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un promedicamento (una forma oral de un	\$35 por un suministro de un mes de insulina cubierta bajo la Parte B a través de un artículo de Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés) (es decir, bomba de insulina tradicional médicamente necesaria). 0% - 20% coseguro del costo total para medicamentos de quimioterapia/radioterapia cubiertos por Medicare. 0% - 20% coseguro del costo total para otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que nuevos medicamentos orales contra el cáncer estén disponibles, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, en el momento de la quimioterapia o dentro de las 48 horas de la quimioterapia, o si se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare. • Medicamentos calcimiméticos y quelantes del fosfato incluidos en el sistema de pago por enfermedad renal crónica terminal (end-stage renal disease, ESRD), incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Ciertos medicamentos para diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea medicamento necesario y los anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted padece enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). • Categorías de medicamentos de la Parte B que están sujetas al tratamiento escalonado incluyen: inyecciones intravítreas de inhibidores del factor de crecimiento	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
endotelial vascular (VEGF) [agentes oftálmicos (por ejemplo, Eylea, Lucentis)], derivados del ácido hialurónico, inyecciones intraarticulares (visco-suplementos) y suministros preferidos para diabéticos (monitores continuos de glucosa en sangre). Este enlace le llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos al tratamiento escalonado: https://www.doctorshcp.com/wp-content/uploads/ST_2026_Part_B_ENG-SPA.pdf También cubrimos algunas vacunas de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos de la prestación farmacéutica de la Parte D. En el Capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que se cubran las recetas médicas. Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6. Su médico deberá ponerse en contacto con el plan para obtener la autorización previa	
 Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos una asesoría intensiva para ayudarlo a perder peso. Esta asesoría está cubierta si usted la recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago, ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los asociados a nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA)	\$0 copago para los servicios cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (MAT). • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde). • Asesoría sobre consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas. Este servicio requiere referido de su proveedor primaria (PCP) y proveedor de salud mental debe de contactar al plan para autorización previa.	
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías. • Radioterapia (radio e isótopo), incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: Se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de hematíes comienza solo a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o que usted u otra persona done la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Pruebas diagnósticas no de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro proveedor de	\$0 copago para servicio de radiografía hecho en el consultorio médico, urgencias o en un centro ambulatorio independiente cubierta por Medicare. \$75 para servicio de radiografía un centro hospitalario ambulatorio. 20% coseguro del costo total para la radioterapia cubierta por Medicare. \$0 copago para el suministro médico cubierto por Medicare. \$0 copago por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare. \$0 copago para los servicios de sangre cubiertos por Medicare. \$125 copago para resonancia magnética,

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
atención médica las solicite para tratar un problema médico. • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias. • Resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética, tomografía computarizada y ecografía. Este servicio requiere referido de su proveedor primaria (PCP) y autorización previa del plan. Para poder acceder a los servicios cubiertos de radiología terapéutica, rayos X ambulatorios y servicios de diagnóstico ambulatorios.	resonancia magnética y tomografía computarizada realizada en un hospital. \$0 copago para resonancia magnética, resonancia magnética, tomografía computarizada realizada en un centro ambulatorio independiente. \$125 copago para otras pruebas de diagnóstico cubiertas por Medicare realizadas en un hospital.
Observación de pacientes externos en el hospital Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando son proporcionados por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital o solicitar pruebas ambulatorias. Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden por escrito para ingresarlo como paciente interno, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos de costo compartido correspondientes a los servicios hospitalarios ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de ser paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.	\$0 copago para los servicios cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare sobre los beneficios hospitalarios de Medicare Hospital Benefits. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Su médico y centro deben ponerse en contacto con el plan para obtener autorización previa.	
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos. • Hay ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo. Nota: a menos que el proveedor haya emitido una orden por escrito para ingresarlo como paciente interno, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos de costo compartido correspondientes a los servicios hospitalarios ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.	\$125 copago para la visita del departamento de emergencias. Si ingresa como paciente hospitalizado dentro de 24 Horas por la misma afección, su copago será de \$0. \$0 copago para análisis de laboratorio y radiografías básicas. \$125 copago para resonancias magnéticas, angiografías por resonancia magnética, tomografías computarizadas y ecografías realizadas en un hospital. \$0 copago para resonancia magnética, resonancia magnética, tomografía computarizada realizada en un centro ambulatorio independiente.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
Su médico de cabecera debe darle una derivación y su médico debe ponerse en contacto con el plan para obtener la autorización previa de los servicios cubiertos.	\$150 copago para otros servicios cubiertos por el Medicare. Consulte los beneficios identificados con el icono de una “manzana”. Consulte la atención ambulatoria de salud mental. Consulte los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, terapeuta profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (licensed marriage y family therapist, LMFT), enfermero (nurse practitioner, NP), asistente médico (physician assistant, PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable. Su médico de cabecera debe darle una derivación y su médico debe ponerse en contacto con el plan para obtener la autorización previa de los servicios cubiertos.	\$25 copago para cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare. \$10 copago para cada sesión de terapia de grupo cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se brindan en varios entornos para pacientes externos, como servicios de hospitales para pacientes externos, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación	\$15 copago para cada sesión de terapia individual/grupo cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
Integral para Pacientes Externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF). Este servicio requiere referido de su proveedor primaria (PCP) y autorización previa del plan.	
Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos Tratamiento y asesoría para trastornos por abuso de sustancias. Este servicio requiere referido de su proveedor primaria (PCP) y autorización previa del plan.	\$25 copago para cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare. \$10 copago para cada sesión de terapia de grupo cubierta por Medicare.
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: Si se somete a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si hospitalizado o no. A menos que el médico escriba una orden para admitirlo como paciente interno en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos compartidos de los costos de la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Su médico primario (PCP) debe darle un referido y su médico debe comunicarse con el plan para obtener la autorización previa para la cirugía en un centro quirúrgico ambulatorio o en un centro hospitalario ambulatorio.	\$50 copago para el beneficio cubierto por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio (ambulatory surgical center, ASC). \$150 copago para la cirugía cubierta por Medicare en un hospital ambulatorio.
Beneficio de artículos de venta sin receta Este plan cubre determinados medicamentos aprobados de venta sin receta médica y artículos relacionados con la salud, hasta por \$75 por mes. Los importes de los medicamentos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) no utilizados, no se acumulan de un mes a otro. Para obtener un formulario de pedido o para obtener más información sobre cómo solicitar	\$0 copago.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
sus artículos cubiertos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), póngase en contacto con Servicios al Asociado (número de teléfono en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web en: www.cvs.com/otchs/doctorshcp para ver una lista de los artículos de venta sin receta cubiertos.	
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos <i>La hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se ofrece como servicio ambulatorio en un hospital o en un centro comunitario de salud mental, y que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar licenciado (LMFT) o consejero profesional licenciado, y es una alternativa a la hospitalización. <i>El servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento terapéutico activo para la salud conductual (mental) que se proporciona en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural, y que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar licenciado (LMFT) o consejero profesional licenciado, pero menos intenso que la hospitalización parcial. Su médico o proveedor de salud mental debe ponerse en contacto con el plan para obtener una autorización previa.	\$0 copago por beneficio cubierto por Medicare.
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen: Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que reciba en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, el	\$0 copago para cada visita al consultorio de un médico cubierto por Medicare. \$0 copago para cada visita de especialista cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otro lugar. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista, si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento médico. • Determinados servicios de telesalud, incluidos los servicios específicos de la Parte B <i>que nuestro plan haya identificado como clínicamente apropiados para prestar a través del intercambio electrónico cuando el proveedor no se encuentre en la misma ubicación que el afiliado:</i> ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. ○ Los servicios de telesalud pueden estar disponibles por teléfono, computadora, tableta u otra tecnología de vídeo. Consulte directamente con su médico sobre la disponibilidad de estos servicios de telesalud. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los asociados que se realizan diálisis en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para asociados con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente:	\$0 copago por cada visita de rutina a dentistas cubiertos por Medicare. \$0 copago para cada visita de telesalud.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
○ Tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud. ○ Tiene una visita presencial cada 12 meses mientras recibes estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5-10 minutos si: ○ No es un paciente nuevo y ○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días, y ○ El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. • Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si: ○ No es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y ○ La evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red] antes de la cirugía. • <u>Las visitas de telemedicina adicionales incluyen lo siguiente:</u> - Servicios de atención de médico primario. - Servicios de terapia ocupacional. - Servicios de médicos especialistas. - Servicios de sesiones individuales para servicios de salud mental. - Sesiones de grupo para la especialidad de salud	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
mental. Servicios de podiatría. • <u>Otros servicios profesionales de atención médica incluidos:</u> Sesiones individuales de servicios psiquiátricos. Sesiones grupales de servicios psiquiátricos. Servicios de fisioterapia y patología del habla y el lenguaje. Servicios del programa de tratamiento con opioides. Sesiones individuales para pacientes ambulatorios con abuso de sustancias. Sesiones grupales para pacientes ambulatorios con abuso de sustancias. Servicios educativos sobre enfermedades renales. Capacitación para el autocontrol de la diabetes. Su médico de cabecera debe darle una derivación y su médico debe ponerse en contacto con el plan para obtener la autorización previa de los servicios cubiertos.	
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los asociados que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores. • Cuidado habitual complementario de los pies, hasta 6 visitas por año calendario. Su médico deberá ponerse en contacto con el plan para obtener una autorización previa para el cuidado no rutinario de los pies.	\$0 copago para cada visita cubierta por Medicare. \$15 copago para hasta 6 visitas todos los años para el cuidado habitual del pie.
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del HIV Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraerlo, cubrimos	No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio de PrEP.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si usted es elegible, los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamento oral o inyectable PrEP aprobado por la FDA. Si usted está recibiendo un medicamento inyectable, la aplicación del inyectable también está incluida. • Hasta 8 sesiones de asesoría individual (incluidas la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y la adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 exámenes de detección del VIH cada 12 meses.	
 Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	No se requiere coseguro, copago, ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Esto incluye, entre otros, pruebas, ajustes o formación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos, así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, asociados artificiales y prótesis mamarias (incluido un sujetador quirúrgico después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos de prótesis y órtesis, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. También incluye cierta cobertura tras la extracción de cataratas o la	20% coseguro del costo total por cada prótesis, dispositivo ortopédico o miembro artificial cubierto por Medicare. \$0 de copago para el reemplazo o la reparación de dispositivos protésicos y otros suministros relacionados cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
cirugía de cataratas – vaya a <i>Atención oftalmológica</i> más adelante en esta tabla para más detalle. Su médico deberá ponerse en contacto con el plan para obtener la autorización previa.	
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para asociados que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar. Su médico de cabecera debe darle una derivación y su médico debe ponerse en contacto con el plan para obtener la autorización previa de los servicios cubiertos.	\$15 copago para cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.
 Prueba de detección y asesoría para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas las mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoría personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante la asesoría) a cargo de un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago, ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoría para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que cumplan los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los asociados elegibles son personas de entre 50 y 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen un historial de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que obtienen una orden para	No hay coseguro, copago, ni deducible para la consulta de asesoría y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la tomografía computarizada de baja dosis.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
una LDCT durante una visita de asesoría y toma de decisiones compartida para la detección del cáncer de pulmón que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas y que es proporcionada por un médico o un profesional sanitario cualificado que no sea médico. <i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT tras la prueba de detección inicial mediante LDCT:</i> Los asociados deben obtener una orden para la prueba de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT, que puede proporcionarse durante cualquier visita adecuada con un médico o un profesional sanitario cualificado que no sea médico. Si un médico o un profesional sanitario cualificado no médico decide ofrecer asesoría sobre la detección del cáncer de pulmón y una visita para la toma de decisiones compartida para futuras pruebas de detección del cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para este tipo de visitas.	
 Detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico primario u otro proveedor de atención médica calificado la solicita y usted cumple con una de estas condiciones: • Consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Le hicieron una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, le pagaremos una prueba de detección una vez. Si usted está en alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilegales desde su anterior prueba de detección de hepatitis C con resultado negativo), cubrimos las pruebas de detección anualmente.	No hay coseguro, copago, ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
 Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoría para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren un mayor riesgo de contraer una ITS cuando las pruebas son solicitadas por un médico primario. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de asesoría conductual presencial de alta intensidad, de 20 a 30 minutos de duración, cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoría como servicio preventivo si son proporcionadas por un médico primario y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No se requiere coseguro, copago, ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoría para prevenirlas cubiertos por Medicare.
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los asociados a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los asociados con enfermedad renal crónica en estadio IV derivados por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance). • Tratamientos de diálisis hospitalaria (si ingresa en un hospital para recibir cuidados especiales). • Preparación para auto diálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar) • Equipos y suministros para diálisis en el hogar.	\$0 copago para la educación en enfermedades renales cubiertas por Medicare. 20% coseguro del costo total para la diálisis ambulatoria cubierta por Medicare. Consulte Atención hospitalaria para pacientes ingresados. \$0 copago para la formación en auto diálisis cubierta por Medicare. 20% coseguro del costo total para el tratamiento de diálisis.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la diálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Si desea información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, vaya a Medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla. Este servicio requiere referido de su proveedor primaria (PCP) y autorización previa del plan (excepto para educación o entrenamiento).	Consulte Equipo médico duradero y suministros relacionados. Consulte la Agencia de Salud en el Hogar.
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (Para obtener una definición de la atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Servicios de enfermería especializada.) Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: - Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). - Comidas, incluidas dietas especiales. - Servicios de enfermería especializada. - Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. - Los medicamentos que se le administren como parte de nuestro plan de cuidados (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). - Sangre: Se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre total y de los concentrados de glóbulos rojos solo comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Deberá pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o hacer que la sangre la done usted u otra	\$0 copago por los días cubiertos por Medicare desde el día 1 hasta el 20 \$160 copago por los días cubiertos por Medicare desde el día 21 hasta el 100 *El período de beneficios comienza el día en que ingresa como paciente interno y finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria como paciente interno, ni atención especializada en un centro de enfermería especializada (SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) una vez finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. Por lo general, recibirá atención de SNF en los centros de la red. En determinadas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda 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: • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital Su médico deberá ponerse en contacto con el plan para obtener la autorización previa.	beneficios. No hay límite en el número de períodos de prestaciones.
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoría para dejar de fumar o consumir tabaco) La asesoría para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierta para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan los siguientes criterios:	No se requiere coseguro, copago, ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
• Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y están atentos durante la asesoría. • Un médico cualificado u otro profesional reconocido por Medicare le proporciona la asesoría. Cubrimos 2 asesorías de dejar de fumar al año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones al año).	
Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) <i>Tarjeta prepagada: \$69.65 al mes Alimentos saludables y tarjeta flexible para enfermos crónicos</i> Healthy Foods y Flex Card para enfermos crónicos III Los asociados con enfermedades crónicas que cumplan determinados criterios pueden tener derecho a beneficios complementarios para enfermos crónicos. La tarjeta Flex Prepaid está disponible para los asociados que cumplan determinados criterios. Esto incluye: (1) cumplir los criterios para recibir cuidados intensivos, (2) tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud, y (3) tener 1 o más enfermedades crónicas aprobadas por el plan. Estas afecciones crónicas incluyen las siguientes: • Enfermedades autoinmunes: ○ Poliarteritis nodosa (también conocida como PAN, inflamación y debilitamiento de las arterias). ○ Polimialgia reumática (también conocida como PMR, inflamación/dolor/rigidez en hombros y caderas). ○ Polimiositis (también conocida como miopatía inflamatoria, debilidad muscular).	No hay coseguro, copago, ni deducible para este beneficio.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
○ Artritis reumatoide (también conocida como AR, dolor/rigidez en las articulaciones). ○ Lupus eritematoso sistémico (también conocido como lupus). • Cáncer: ○ Cáncer (excluyendo condiciones precancerosas o estado in situ (estadio 0)). • Enfermedades cardiovasculares: ○ Arritmia cardíaca (también conocida como ritmo cardíaco anormal). ○ Enfermedad coronaria (también conocida como antecedentes de dolores en el pecho, ataques cardíacos o endurecimiento de las arterias del corazón). ○ Enfermedad vascular periférica (también conocida como endurecimiento de las arterias de las piernas). ○ Tromboembolismo venoso crónico (también conocido como coágulos de sangre en las piernas). • Trastorno crónico por consumo de alcohol u otras sustancias. • Insuficiencia cardíaca crónica: ○ Insuficiencia cardíaca crónica. ○ Insuficiencia cardíaca congestiva. • Enfermedades pulmonares crónicas: ○ Asma. ○ Bronquitis crónica. ○ Enfisema. ○ Fibrosis pulmonar (también conocida como cicatrización del tejido pulmonar). • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes:	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
○ Trastornos de bipolaridad. ○ Trastornos depresivos mayores. ○ Trastorno paranoico. ○ Esquizofrenia. ○ Trastorno esquizoafectivo. • Demencia. • Diabetes mellitus: ○ Diabetes mellitus (también conocido como diabetes tipo I o tipo II) • VIH/SIDA • Enfermedad hepática en etapa terminal. • Trastornos neurológicos: ○ Esclerosis lateral amiotrófica (ELA). ○ Epilepsia. ○ Parálisis extensa (hemiplejía, tetraplejía, paraplejía, monoplejía). ○ Enfermedad de Huntington. ○ Esclerosis múltiple (MS). ○ Enfermedad de Parkinson. ○ Polineuropatía. ○ Estenosis espinal. ○ Déficit neurológico relacionado con un accidente cerebrovascular. • Trastornos hematológicos graves: ○ Anemia aplásica. ○ Trastorno trombocitopénico venoso crónico. ○ Hemofilia. ○ Púrpura trombocitopénica inmune. ○ Síndrome mielodisplásico.	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
○ Anemia falciforme (excluido el rasgo falciforme). • Accidente cerebrovascular. • Hipertensión crónica. • Osteoporosis. • Dolor de espalda crónico. • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico. • Enfermedad gastrointestinal crónica. • Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores. • Afecciones asociadas con deterioro cognitivo. • Afecciones con desafíos funcionales. • Enfermedades crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato. • Afecciones que requieren servicios de terapia continuos para que las personas mantengan o conserven su funcionalidad. Trabajaremos con usted y su médico para determinar si reúne los requisitos para el plan prepagado Healthy Foods y Flex Card \$69.65 por mes. Este beneficio está disponible al comienzo de cada mes. <u>Utilice esta tarjeta para productos de alimentación como:</u> • Frutas y verduras frescas, ensaladas envasadas. • Productos de panadería: panes, tortillas, rollos. • Bebidas: café, té y jugo. • Productos lácteos: leche, huevos, queso, yogur. • Proteína: Carne, mariscos, aves de corral. • Despensa: productos para hornear, conservas, batidos. • Comidas preparadas. • Otro plan aprobó opciones saludables de alimentos. <u>Utilice esta tarjeta para pagar servicios públicos como:</u>	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
• Eléctrico. • Gas. <u>Utilice esta tarjeta para adquirir artículos de cuidado personal como:</u> • Champú. • Gel de baño. • Desodorante. <u>Utilice esta tarjeta para adquirir suministros de mascotas como:</u> • Alimentos para mascotas. • Arena para gatos. <u>Use esta tarjeta para pagar gasolina.</u> Puede utilizar este beneficio más de una vez al mes, hasta el límite. Los fondos no se transfieren de mes a mes. Se recomienda utilizar el importe completo cada mes.	
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El SET está cubierto para asociados que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD.	\$15 copago para la terapia de ejercicio supervisado cubierta por Medicare

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
• Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 12 sesiones en 36 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario. Este servicio requiere referido de su proveedor primaria (PCP) y autorización previa del plan.	
Transporte Limitado cobertura de transporte rutinario desde y hacia sus citas médicas (localidades aprobadas por el plan) dentro del Área de Servicio. Debe llamar a nuestro proveedor de transporte contratado para programar una cita. Llame al número de servicios de transporte que figura en el Directorio de proveedores disponible en: www.doctorshcp.com/es/2026proveedores/	\$0 de copago hasta 24 viajes de ida al año a los lugares aprobados en el plan, hasta 10 millas por viaje. Debe llamar a nuestro proveedor de transporte contratado para programar una cita.
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere de atención médica inmediata (que no es una emergencia), se considera un servicio de urgencia en las siguientes circunstancias: • Usted se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura del plan. • Usted se encuentra dentro del área de cobertura del plan, pero no es viable obtener el servicio en cuestión de los proveedores en la red. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses Cobertura de emergencia y urgencia en todo el mundo: el plan cubrirá su condición de emergencia en todo el mundo. Debe pagar por el servicio de urgencias. El plan le reembolsará nuestra parte del costo hasta el cargo permitido	\$0 copago para los servicios cubiertos por Medicare en un consultorio médico. \$0 copago para los servicios cubiertos por Medicare en el consultorio de un especialista. \$0 copago para prestaciones cubiertas por Medicare en una clínica de urgencias/sin cita previa.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
por Medicare. El beneficio máximo del plan para cobertura de emergencia y urgencia en todo el mundo es: \$10,000. Si el costo del servicio o servicios supera \$10,000, deberá abonar la diferencia. *La atención de emergencia/servicios de cuidados de urgencias en todo el mundo no cuenta para su gasto máximo de bolsillo (MOOP).	\$250 copago para la cobertura de emergencias en todo el mundo*. \$50 copago para cobertura de urgencias en todo el mundo*. Para más detalles, consulte Atención de Emergencia*.
 Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una revisión de glaucoma al año. Entre las personas que corren alto riesgo de padecer glaucoma se incluyen las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular. Si se somete a 2 operaciones de cataratas separadas, no puede reservar la prestación después de la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda cirugía.	\$0 copago para el examen de la vista de rutina, límite de 1 por año. \$0 copago para los servicios cubiertos por Medicare. La cobertura máxima combinada de beneficios del plan es de hasta \$350 para anteojos y/o lentes de contacto por año calendario o hasta 2 pares de anteojos sin costo de una selección determinada por año calendario.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
• Anteojos: esta prestación incluye lentes de contacto, anteojos (lentes y monturas), lentes para anteojos, monturas para anteojos y mejoras.	
 Consulta preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre la visita preventiva única de <i>Bienvenido a Medicare</i>. La visita incluye una revisión de su salud, así como información y asesoría sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas determinadas pruebas de detección y vacunas), y derivaciones a otros servicios de atención médica si es necesario. Importante: cubrimos la visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i> solo durante los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>.	No se requiere coseguro, copago, ni deducible para la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

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

En la siguiente tabla se enumeran los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o que solo están cubiertos en condiciones específicas.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de urgencias, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no dejará de pagarlos. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Si desea información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3.)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos.	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es un cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico cualificado, como el cuidado que le ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	No cubiertos en ninguna situación.
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por	Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. Consulte el Capítulo 3, sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica	
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o asociados de su hogar	No cubiertos en ninguna situación.
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	No cubiertos en ninguna situación.
Entrega de comidas a domicilio.	Hasta 16 comidas al año después del alta hospitalaria.
Los servicios domésticos incluyen ayuda básica en el hogar, como tareas domésticas ligeras o preparación de comidas ligeras.	No cubiertos en ninguna situación.
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos en ninguna situación.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor	No cubiertos en ninguna situación.
Habitación privada en el hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados	No cubiertos en ninguna situación.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No cubiertos en ninguna situación.

CAPÍTULO 5:

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

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan

Consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Por lo general, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas reglas:

- Usted debe solicitar a su proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta medicamentos) que le extienda una receta válida según la ley estatal aplicable.
- La persona autorizada a emitir recetas no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe acudir a una farmacia de la red para que le dispensen la receta (consulte el apartado 2) o puede hacerlo a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento aprobado por la FDA o respaldado por determinadas referencias. (Consulte la sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Para obtener más información, consulte la sección 4 de este capítulo)

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de venta por correo de nuestro plan.

En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si se surten en las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas de medicamentos en las farmacias fuera de la red.)

Una farmacia de red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para proporcionarle medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos de la Parte D que figuran en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, vaya a su *Directorio de proveedores*, visite nuestra página web (www.doctorshcp.com/es/2026proveedores/), o llame al Departamento de Servicios al Asociado o al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de la red.

Si su farmacia deja la red

Si la farmacia que utiliza deja la red de nuestro plan, deberá encontrar una nueva farmacia en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, pida ayuda al Departamento de Servicios al Asociado llamando o al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o use el *Directorio de proveedores*. También puede encontrar información en nuestro sitio web www.doctorshcp.com/es/2026proveedores/.

Farmacias especializadas

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de LTC (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro de cuidados a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir de forma habitual sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de cuidados a largo plazo, que suele ser la farmacia que utiliza el centro de cuidados a largo plazo. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame al Departamento de Servicios

al Asociado llamando al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a determinados lugares o que requieren una manipulación especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. Para localizar una farmacia especializada, vaya a su *Directorio de proveedores* www.doctorshcp.com/es/2026proveedores/ o llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

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

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, visite nuestro sitio web en www.doctorshcp.com/es/2026listademedicamentos/, o comuníquese con Servicios al asociado.

Por lo general, los pedidos efectuados a través de una farmacia de pedido por correo se entregan en un plazo máximo de 10 días hábiles. El tiempo de tramitación de la farmacia será de dos a cinco días laborables de media; sin embargo, debe tener en cuenta el tiempo adicional que tarda el servicio postal en realizar la entrega.

Si por alguna razón su receta médica por correo se retrasa, puede acudir a su farmacia para surtirla si su receta está registrada. Si su receta retrasada no se encuentra registrada en su farmacia local, puede pedirle a su médico que llame a su farmacéutico para que le extienda una nueva receta. O bien, su farmacéutico puede llamar al consultorio del médico en su nombre para solicitar la receta. Su farmacéutico puede llamar al servicio de asistencia de farmacia al 1-800-910-4730 (TTY) 711, las 24 horas al día, los 7 días de la semana si tiene algún problema, pregunta, inquietud o necesita una exención de reclamación por una receta retrasada.

Se recomienda a los usuarios que utilizan por primera vez la farmacia de pedido por correo que tengan a mano un suministro de medicamentos para al menos 30 días cuando realicen un pedido por correo. Si la receta médica no contiene suficiente información o si necesitamos ponernos en contacto con el médico que la ha prescrito, la entrega podría tardar más tiempo. Se recomienda a los usuarios que utilizan por primera vez la farmacia de venta por correo que soliciten al médico dos recetas firmadas:

- Una para un suministro inicial que se dispensará en su farmacia minorista participante local.
- El segundo para un suministro de hasta 90 días con reposiciones para enviar a la farmacia de venta por correo.

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

Una vez que la farmacia recibe la receta de un profesional de la salud, se pondrá en contacto con usted para ver si desea que le dispensen el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante responder cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted para informarles si deben enviar, retrasar o detener la nueva receta.

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En virtud de este programa, comenzamos a tramitar automáticamente su siguiente reposición cuando nuestros registros indican que está a punto de quedarse sin su medicamento. La farmacia se pondrá en contacto con usted antes de enviar cada reposición para asegurarse de que necesita más medicamentos. Usted puede cancelar las reposiciones programadas si tiene suficientes medicamentos o si su medicación ha cambiado.

Si opta por no utilizar nuestro programa de resurtido pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, póngase en contacto con su farmacia 14 días antes de que se le acabe la receta actual. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para darse de baja de nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos por correo, póngase en contacto con nosotros llamando a nuestro servicio de pedidos por correo al 1-855-873-8739 (los usuarios TTY pueden llamar al 711) de lunes a viernes de 8AM – 8PM horas EST y los sábados de 9AM – 5PM horas EST o envíe un correo electrónico a nuestro servicio de pedidos por correo a Patientcare@birdirx.com.

Si recibe automáticamente por correo una reposición que no desea, puede tener derecho a un reembolso.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Nuestro plan ofrece 2 formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en nuestra lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo.)

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de proveedores* www.doctorshcp.com/es/2026proveedores/ le informa qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de venta por correo. Consulte la sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.4 Utilizar una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando no puede utilizar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como asociado de nuestro plan. **Primero consulte con el Departamento de Servicios al Asociado llamando al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si hay una farmacia de la red cerca.**

Cubrimos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

- **Recetas para una emergencia médica**
Cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si están relacionadas con la atención de una emergencia médica o una atención que se necesita con urgencia, están incluidas en nuestra Lista de medicamentos sin restricciones y no están excluidas de la cobertura de la Parte D de Medicare.
- **Cobertura durante viajes o cuando se encuentra fuera del área de servicio**
Cuando viaja dentro de los Estados Unidos, tiene acceso a una red de farmacias en todo el país. Traiga consigo sus recetas y medicamentos y asegúrese de consultar el Directorio de proveedores para sus planes de viaje a fin de localizar una farmacia de la red mientras viaja. Si va a salir del país, es posible que pueda obtener un suministro de hasta 90 días para llevarse consigo antes de salir del país, donde no hay farmacias de la red disponibles. Se le pedirá que presente una prueba de salida del país para poder obtener su(s) medicamento(s).
- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro del área de servicio porque no hay una farmacia de la red a una distancia razonable en automóvil que ofrezca servicio las 24 horas.
- Si está intentando surtir un medicamento recetado que no se encuentra habitualmente en stock en una farmacia minorista de la red accesible o en una farmacia de venta por correo preferida (incluidos los medicamentos de alto costo y únicos).
- Si necesita una receta médica mientras es paciente en un servicio de urgencias, en una clínica con proveedor, en una cirugía ambulatoria u en otro entorno ambulatorio.
- Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, tendrá un límite de suministro de 30 días.

En estas situaciones, primero consulte con Servicios al Asociado para ver si hay una farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicios al Asociado figuran en la contratapa de este documento).

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte habitual) en el momento de surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (Consulte el Capítulo 7, sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar a nuestro plan que le haga un reembolso.) Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en nuestra Lista de medicamentos.

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

Nuestro plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de cobertura*, **lo llamamos la Lista de medicamentos**.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubrimos los medicamentos que figuran en la Lista de Medicamentos de nuestro plan, siempre que cumpla las demás normas de cobertura explicadas en este capítulo y utilice el medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada consiste en un uso del medicamento que sea:

- Aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la que se prescribe, o
- Avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante de medicamentos. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de

medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y, por lo general, cuestan menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

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

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

Sección 3.2 Seis niveles de participación en los costos de los medicamentos de la Lista de medicamentos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los seis (6) niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el costo del medicamento:

- **Nivel 1 de costos compartidos: Genéricos preferidos.** incluye medicamentos genéricos de bajo costo y de uso común.
- **Nivel 2 de costos compartidos: Genéricos.** Incluye medicamentos genéricos de mayor costo en comparación con el nivel 1.
- **Nivel 3 de costos compartidos: Medicamentos de marca preferidos.** Incluye muchos medicamentos de marca comunes, denominados marcas preferidas, y

algunos medicamentos genéricos de costo aún más elevado en comparación con el nivel 2.

- **Nivel 4 de costos compartidos: Medicamentos no preferidos.** Incluye medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos. Su costo compartido para un suministro de hasta un mes de un producto de insulina cubierto no superará el menor de los siguientes montos: (1) \$35; (2) 25 % del precio negociado con Medicare (para “Medicamentos Seleccionados”); (3) 25 % del precio negociado con el Plan.
- **Nivel 5 de costos compartidos: Medicamentos especializados.** Incluye medicamentos únicos y/o de muy alto costo. Su costo compartido para un suministro de hasta un mes de un producto de insulina cubierto no superará el menor de los siguientes montos: (1) \$35; (2) 25 % del precio negociado con Medicare (para “Medicamentos Seleccionados”); (3) 25 % del precio negociado con el Plan.
- **Nivel 6 de costos compartidos: Medicamentos suplementarios.** Incluye medicamentos suplementarios que están aprobados por la FDA, pero que han sido excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Su plan ha puesto estos medicamentos a su disposición como una prestación mejorada en su lista de medicamentos.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan. El monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel de reparto de costos se muestra en el Capítulo 6.

Sección 3.3 Cómo saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos

Para saber si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, tiene las siguientes opciones:

- Visite la página web de nuestro plan (www.doctorshcp.com/es/2026listademedicamentos/). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular está en nuestra lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista.
- Utilice la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” de nuestro plan (www.doctorshcp.com/es/2026listademedicamentos/) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos y obtener una estimación de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma enfermedad. También puede llamar al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Con esta

herramienta, puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver un valor estimativo de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, existen reglas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para animarle a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien médicamente como uno de mayor costo, las reglas de nuestro plan están diseñadas para animarle a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno al día frente a 2 al día; comprimidos frente a líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar qué puede hacer usted o su proveedor con el fin de obtener cobertura para el medicamento. **Si desea que le eximamos de la restricción, debe utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la autorización del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan en función de criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se conoce como **autorización previa** y 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 nuestro plan no cubra su medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden conocer llamando al

Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o desde nuestro sitio web https://www.doctorshcp.com/wp-content/uploads/PA_2026.pdf.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito le anima a probar medicamentos menos costosos, pero normalmente igual de eficaces, antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, nuestro plan puede exigirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, nuestro plan cubrirá entonces el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **tratamiento escalonado**. Los criterios de tratamiento escalonado de nuestro plan se pueden conocer llamando al Departamento de Servicios al Asociado o al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios TTY deben llamar al 711) o desde nuestro sitio web https://www.doctorshcp.com/wp-content/uploads/ST_2026.pdf.

Límites en la cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por vez. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una pastilla al día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted desearía

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que usted toma, o que usted y su proveedor consideran que debe tomar y que no figura en nuestra Lista de medicamentos, tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O puede que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero no la versión de marca que usted quiere tomar.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales en la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de participación en los gastos que hace que su participación en los gastos sea más cara de lo que usted cree que debería ser.

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que hace que su costo sea más costoso de lo que cree que debería ser, consulte la Sección 5.1 para saber qué puede hacer.

Si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son las opciones que tiene a su disposición:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedir que nuestro plan cubra el medicamento o elimine las restricciones del mismo.

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

Para poder optar a un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan O ahora estar restringido de alguna manera.**

- **Si es un asociado nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su afiliación a nuestro plan.
- **Si estuvo afiliado a nuestro plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será de un máximo de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos múltiples dispensaciones para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia especializada en cuidados a largo plazo puede suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar el desperdicio).
- **Para asociados que llevan más de 90 días en nuestro plan y viven en un centro de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento concreto, o menos si su receta es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.

Si necesita un suministro de transición único o le han recetado un medicamento que no figura en el formulario como resultado de un cambio en el nivel de atención, puede pasar a la transición mediante un código de aclaración de presentación de farmacia (SCC) del Consejo Nacional de Planes de Medicamentos Recetados (NCPDP) a través de una anulación manual en el punto de servicio (POS) o Doctors Health Care Plans, Inc. puede admitir un suministro único en estos casos mediante una anulación manual en el punto de venta.

Un cambio en el nivel de atención puede incluir:

- Entrar en un centro de atención a largo plazo desde hospitales u otros establecimientos;
- Salir de un centro de cuidados a largo plazo y regresar a la comunidad;
- El alta hospitalaria a domicilio;
- Cerrar un centro de enfermería especializada
- Mantener la cobertura de la Parte A de Medicare (incluidos los gastos de farmacia) y volver a la cobertura de la Parte D;
- Volver del estado de cuidados paliativos a los beneficios estándar de Medicare Parte A y B; y
- El alta de un hospital psiquiátrico con regímenes de medicación altamente individualizados.

Si le recetan un medicamento que no figura en el formulario del plan o su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, puede solicitar un suministro temporal único para que tenga tiempo de discutir un tratamiento alternativo con su médico o solicitar una excepción al formulario.

Doctors HealthCare Plans toma medidas para seguir proporcionándole los medicamentos necesarios de la Parte D mediante una ampliación del período de transición, caso por caso, en la medida en que su solicitud de excepción o apelación no se haya tramitado al final del período mínimo de transición y hasta que se haya realizado la transición (ya sea mediante un cambio a un medicamento del formulario adecuado o una decisión sobre una solicitud de excepción). En función de cada caso, el plan también puede introducir anulaciones en el punto de venta para seguir cubriendo los medicamentos de transición.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Durante el tiempo en que esté utilizando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Tiene 2 opciones:

Opción 1 . Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para saber si otro medicamento cubierto por nuestro plan podría funcionar igual de bien para usted. Llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 2 . Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la forma en que usted desea que se cubra. Si su proveedor dice que usted

tiene razones médicas que justifican solicitar una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitarla. Por ejemplo, puede solicitar que nuestro plan cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan. O puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, sección 6.4 para saber qué hacer. Se explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tratada de manera rápida y justa.

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento se encuentra en un nivel copago que considera demasiado alto

Si un medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Podría haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, sección 6.4 para saber qué hacer. Se explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tratada de manera rápida y justa.

Los medicamentos del Nivel 5, Nivel de Medicamentos especializados – no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto de reparto de costos para los medicamentos de este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen a principios de cada año (enero 1). Sin embargo, durante el año, nuestro plan puede realizar algunos cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría:

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico**

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad. A veces recibirá una notificación directa si se introducen cambios en un medicamento que toma.

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

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar de inmediato un medicamento similar de la Lista de medicamentos, transferir el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas opciones. La nueva versión del medicamento aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos.
 - Solo realizaremos estos cambios inmediatos si añadimos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si añadimos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos realizar estos cambios de forma inmediata y comunicárselos más tarde, incluso si toma el medicamento que eliminamos o al que realizamos

cambios. Si toma un medicamento similar en el momento en que realicemos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos con previo aviso.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar de inmediato un medicamento similar de la Lista de medicamentos, transferir el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas opciones. La nueva versión del medicamento aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos.
 - Sólo realizaremos estos cambios si añadimos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si añadimos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en 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, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, se lo comunicaremos después de realizar el cambio.
- **Otros cambios de medicamentos en la Lista de medicamentos.**
 - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, nos basamos en advertencias resaltadas de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios o le informaremos del cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si introducimos cambios en alguno de los medicamentos que toma, hable con su médico sobre las opciones que más le convienen, como cambiar a otro medicamento para tratar su enfermedad o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer las nuevas restricciones del medicamento que toma. Usted o su médico pueden solicitarnos una excepción para seguir cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podemos introducir ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se han descrito anteriormente. En estos casos, el cambio no se le aplicará si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios le afecten a partir de enero de 1 del siguiente año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Imponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que usted toma (excepto si se retira del mercado, un medicamento genérico sustituye a un medicamento de marca u otro cambio indicado en los apartados anteriores), el cambio no afectará a su uso ni a lo que usted paga como parte del costo hasta enero 1 del año siguiente.

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año del plan en curso. Tendrá que 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 toma que le afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos recetados están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe medicamentos excluidos, deberá pagarlos usted mismo (salvo determinados medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cobertura ampliada de medicamentos). Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

Estas son las normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en virtud de 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 adquirido fuera de Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir un *uso no indicado* de un medicamento cuando dicho uso no está respaldado por determinadas referencias, como el American Hospital

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Formulary Service Drug Information y el Micromedex DRUGDEX Information System. *El uso fuera de lo indicado* es cualquier uso del fármaco distinto de los indicados en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.

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

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante exige que las pruebas asociadas o los servicios de control se adquieran únicamente al fabricante como condición para la venta.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta (cobertura de medicamentos mejorada) que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Como beneficio mejorado, el plan proporciona cobertura para medicamentos para la disfunción eréctil como Tadalafil (10 mg y 20 mg) y Sildenafil (25 mg, 50 mg, 100 mg), todos con un límite de 6 tabletas por cada 30 días. Además, el plan cubre las cápsulas de Benzonatate (100 mg y 200 mg), las tabletas de ácido fólico (1 mg), Ergocalciferol (Vitamina D2) 1.25mg [50,000 unidades], y Cyanocobalamin (Vitamina B12 1mg/ml solución inyectable) con un límite de 10 ml. por cada 30 días. El monto que paga por estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. (En la Sección 7 del Capítulo 6 de este documento, se describe la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Si recibe **Ayuda adicional de Medicare** para pagar sus recetas, la Ayuda Adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Consulte nuestra lista de medicamentos o llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar a su disposición. (Encontrará los números de teléfono y los datos de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, facilite los datos de afiliación a nuestro plan (que figuran en su tarjeta de afiliado) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan la parte que *nos* corresponde del costo de su medicamento. Debe pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta.

Si no tiene la información de afiliación a nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtenerla, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción en nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total de la receta cuando vaya a recogerla**. Entonces puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la estadía. Una vez que deje el hospital o el centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que éstos cumplan todas nuestras normas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 Residente en un centro de cuidados de larga duración (LTC)

Normalmente, un centro de cuidados de larga duración (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si reside en un centro LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o de la que éste utilice, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores* www.doctorshcp.com/es/2026proveedores/ para averiguar si la farmacia de su centro de cuidados a largo plazo o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o ayuda, llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda obtener sus beneficios de la Parte D de forma habitual a través de nuestra red de farmacias de LTC.

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

Sección 9.3 Si también tiene cobertura de medicamentos de una empresa o de un plan colectivo de jubilados

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o de un grupo de jubilados, póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Ellos pueden ayudarle a entender cómo funcionará su actual cobertura de medicamentos con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura para medicamentos que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que su cobertura colectiva paga primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empresa o grupo de jubilados debe enviarle una notificación en la que se le indica si su cobertura de medicamentos para el siguiente año calendario es válida.

Si la cobertura del plan de grupo es acreditable, significa que nuestro plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, de media, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare.

Conserve todas las notificaciones sobre la cobertura acreditable ya que puede necesitarlas más adelante para demostrar que ha mantenido dicha cobertura. Si no ha recibido una notificación de cobertura acreditable, pida una copia al administrador de beneficios de su empresa o plan de jubilación o a la empresa o sindicato.

Sección 9.4 Si está en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita determinados medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones afines, nuestro plan debe recibir una notificación de la persona que receta el medicamento o de su proveedor del centro de cuidados paliativos indicando que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pida a su proveedor de cuidados paliativos o a la persona que le receta que se lo notifique antes de que le surtan la receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar

demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Llevamos a cabo revisiones del consumo de medicamentos para garantizar que nuestros afiliados reciben una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Prescripciones para medicamentos a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

Si detectamos un posible problema en su consumo de medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregirlo.

Sección 10.1 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los asociados a utilizar de forma segura los medicamentos opioides.

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los asociados usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes profesionales que recetan o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con los profesionales que los recetan para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con los profesionales que recetan y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiacepina con receta puede no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiacepina con receta en determinadas farmacias.
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepínicos de un determinado médico o médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepínicos que cubriremos para usted

Si tenemos previsto limitar la forma en que recibe estos medicamentos o la cantidad que puede recibir, le enviaremos una carta con antelación. En la carta se le indicará si vamos a limitar la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de un prescriptor o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué prescriptores o farmacias prefiere utilizar y cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud sobre las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente ajeno a nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar un recurso.

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

Sección 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los asociados a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros asociados con necesidades de salud complejas. Este programa se llama Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos ha desarrollado el programa para ayudarnos a garantizar que nuestros afiliados obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos asociados que padecen determinadas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de gastos farmacéuticos, o que participan en programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudarles a utilizar los opioides de forma segura, pueden obtener servicios a través de un Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene 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 está tomando, cuánto debería tomar, el momento donde debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. Además, los afiliados al programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Lleve la lista de medicamentos al día y con usted (por ejemplo, con su identificación) por si acude al hospital o a urgencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos. Si tiene preguntas sobre este programa, llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D

Si está inscrito en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso**. Le enviamos un documento separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (también denominado *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider [Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS]*), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene esta entrada, llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el *LIS Rider*.

En este capítulo, por “medicamento” se entiende un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5 se explican estas reglas. Cuando utiliza la herramienta de beneficios en tiempo real de nuestros planes para buscar la cobertura de medicinas (www.doctorshcp.com/es/2026listademedicamentos/), el costo que ve es una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener la información que proporciona la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Existen 3 distintos tipos de gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D que le pueden pedir que pague:

- **El deducible** es la cantidad que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan empiece a abonar la parte que nos corresponde.

- **El copago** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- **El coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta para sus gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los gastos de su bolsillo **incluyen** los pagos que se indican a continuación (siempre que se trate de medicamentos cubiertos de la Parte D y 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 las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de cobertura inicial.
- Cualquier pago que haya efectuado durante este año calendario como asociado a otro plan de medicamentos de Medicare antes de asociarse a nuestro plan.
- Cualquier pago de sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago efectuado por sus medicamentos mediante la Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de la empresa o sindicato, Servicio de Salud Indio, programas de ayuda para medicamentos contra el SIDA.

Pasando a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o quienes paguen en su nombre) haya gastado un total de \$2,100 en gastos de su bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no están incluidos en los gastos de su bolsillo

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos no cubiertos por nuestro plan
- Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red.

- Medicamentos con receta y vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B
- Pagos que realiza por medicamentos cubiertos por nuestra cobertura adicional pero que normalmente no están cubiertos en un Plan Medicare de Medicamentos
- Pagos que realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un Plan Medicare de Medicamentos
- Pagos por sus medicamentos efectuados por determinados planes de seguros y programas sanitarios financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración Sanitaria para Veteranos (VA).
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, un seguro de indemnización por accidentes de trabajo).
- Pagos realizados por fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de descuento de fabricantes.

Recuerde: si alguna otra organización como las que se enumeran anteriormente paga sus gastos de bolsillo por medicamentos de manera parcial o total, debe informar a nuestro plan llamando al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Seguimiento de los gastos totales de su bolsillo

- La *Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB)* de la Parte D que recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance \$2,100, la *EOB de la Parte D* le indicará que ha abandonado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Vaya a la sección 3.1 para saber qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de sus gastos estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamento para los asociados de DrSelect-CFL (HMO)

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos en DrSelect-CFL (HMO). El monto que paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentre cuando le surten o reponen una receta. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

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

- **Etapas 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

SECCIÓN 3 La *Explicación de Beneficios (EOB)* de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra usted

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

- **Gastos de bolsillo:** es lo que ha pagado. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto por la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos por parte de la Ayuda adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA y organizaciones benéficas.
- **Costo total de los medicamentos:** es el total de todos los pagos efectuados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información para ese mes.** En este informe figuran los datos de pago de las recetas que ha dispensado durante el mes anterior. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que empezó el año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Muestra el precio total del medicamento e información sobre los cambios en el precio desde la primera dispensación para cada solicitud de receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Muestra información sobre otros medicamentos disponibles con un costo compartido inferior para cada solicitud de receta, si procede.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. A continuación le indicamos cómo puede ayudarnos a mantener sus datos correctos y actualizados:

- **Muestre su tarjeta de asociado cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que conocemos las recetas que surte y lo que paga.
- **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 llevar un registro de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, entréguenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no forma parte de las prestaciones de nuestro plan.
 - Cuando abona un copago por medicamentos suministrados en el marco de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedir a nuestro plan que pague la parte del costo que nos corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 7 del Capítulo 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hacen por usted.** Los pagos efectuados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta en los gastos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y organizaciones benéficas cuentan para sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** 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 preguntas, llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para DrSelect-CFL (HMO)

No hay deducible para DrSelect-CFL (HMO). Usted 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 La Etapa de cobertura inicial.

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surta la receta

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga su parte del costo de los medicamentos cubiertos y usted paga su parte (su copago o coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

Nuestro plan tiene seis niveles de participación en los gastos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- **Nivel 1 de costos compartidos – Genéricos preferidos** Incluye medicamentos genéricos de bajo costo y de uso común.
- **Nivel 2 de costos compartidos – Genéricos:** Incluye medicamentos genéricos de mayor costo en comparación con el nivel 1.
- **Nivel 3 de costos compartidos – Medicamentos de marca preferidos.** Incluye muchos medicamentos de marca comunes, denominados marcas preferidas, y algunos medicamentos genéricos de costo aún más elevado en comparación con el nivel 2.
- **Nivel 4 de costos compartidos – Medicamentos no preferidos:** Incluye medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos. Su costo compartido para un suministro de hasta un mes de un producto de insulina cubierto no superará el menor de los siguientes montos: (1) \$35; (2) 25 % del precio negociado con Medicare (para “Medicamentos Seleccionados”); (3) 25 % del precio negociado con el Plan.
- **Nivel 5 de costos compartidos – Medicamentos especializados** Incluye medicamentos únicos y/o de muy alto costo. Su costo compartido para un suministro de hasta un mes de un producto de insulina cubierto no superará el menor de los siguientes montos: (1) \$35; (2) 25 % del precio negociado con Medicare (para “Medicamentos Seleccionados”); (3) 25 % del precio negociado con el Plan.

- **Nivel 6 de costos compartidos – Medicamentos suplementarios.** Incluye medicamentos suplementarios que están aprobados por la FDA, pero que han sido excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Su plan ha puesto estos medicamentos a su disposición como una prestación mejorada en su lista de medicamentos.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacias

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Vaya al Capítulo 5, sección 2.5 para saber cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de venta por correo de nuestro plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y el cumplimiento de sus recetas, visite el Capítulo 5 y nuestro *Directorio de proveedores* <https://www.doctorshcp.com/es/2026proveedores/>.

Sección 5.2 Sus gastos por el suministro para un mes de un medicamento cubierto

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

El monto del copago o del coseguro depende del nivel de participación en los gastos.

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

Sus costos por un suministro de un mes de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costos compartidos minorista estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costos compartidos de pedido por correo (hasta un suministro de 30 días)	Costos compartidos de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) (hasta 31 días de suministro)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta 30 días de suministro)
Nivel 1 de costo compartido (Genéricos preferidos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 de costo compartido (Genéricos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de Marca Preferidos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos No Preferidos)	\$55*	\$55*	\$55*	\$55*
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	33%*	33%*	33%*	33%*
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos Suplementarios)	\$0	\$0	\$0	\$0

*No pagará más del menor de \$35; 25% del precio negociado del Plan; o 25% del precio negociado por Medicare (para los "Medicamentos Seleccionados") por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

*El monto que pague dependerá de si usted califica para recibir el subsidio de bajos ingresos (LIS), también conocido como el programa de Ayuda adicional de Medicare. Para obtener más información sobre el programa "Ayuda adicional", consulte el Capítulo 2, sección 7.

Consulte la sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre el reparto de gastos de las vacunas de la Parte D.

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

Normalmente, el monto que paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que usted tenga menos de un mes de suministro de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, menos de un suministro para todo el mes si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de reposición.

Si recibe menos de un mes completo de ciertos medicamentos, no tendrá que pagar el mes completo.

- Si usted es responsable del coseguro, pagará 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 abonar un copago por el medicamento, solo pagará por el número de días del medicamento que reciba en lugar de por un mes entero. Calculamos el monto que usted paga al día por su medicamento (la cuota diaria de participación en los gastos) y lo multiplicamos por el número de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Sus costos para un *suministro a largo plazo* (hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

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

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

Sus costos por un suministro a largo plazo de un medicamento cubierto por la Parte D

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (hasta un suministro de 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Genéricos preferidos)	\$0	\$0
Nivel 2 de costo compartido (Genéricos)	\$0	\$0
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de Marca Preferidos)	\$0	\$0
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos No Preferidos)	\$165*	\$165*
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	No hay disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel de medicamentos especializados.	No hay disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel de medicamentos especializados.
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos Suplementarios)	\$0	\$0

*No pagará más del menor de: (1) \$35 por hasta un suministro de 1 mes, \$70 por hasta un suministro de 2 meses o \$105 por hasta un suministro de 3 meses; (2) 25% del precio negociado por Medicare (para los 'Medicamentos seleccionados'); (3) 25% del precio negociado por el Plan de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

*El monto que pague dependerá de si usted califica para recibir el subsidio de bajos ingresos (LIS), también conocido como el programa de Ayuda adicional de Medicare. Para obtener más información sobre el programa “Ayuda adicional”, consulte el Capítulo 2, sección 7.

Sección 5.5 Permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo para el año alcancen \$2,100

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen \$2,100. A continuación, pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados. Los pagos efectuados por estos medicamentos no contarán para el total de sus gastos de bolsillo.

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

Le avisaremos si alcanza esta cantidad. Consulte la sección 1.3 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo.

SECCIÓN 6 La Etapa de la cobertura en situaciones catastróficas

En la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted entra en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el \$2,100. límite para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos cubiertos por nuestra prestación ampliada.

SECCIÓN 7 Información sobre beneficios adicionales

- Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta (cobertura de medicamentos mejorada) que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Como beneficio mejorado, el plan proporciona cobertura para medicamentos para la disfunción eréctil como Tadalafil (10 mg y 20 mg) y Sildenafil (25 mg, 50 mg, 100 mg), todos con un límite de 6 tabletas por cada 30 días. Además, el plan cubre las cápsulas de Benzonatate (100 mg y 200 mg), las tabletas de ácido fólico (1 mg), Ergocalciferol (Vitamina D2) 1.25mg [50,000 unidades], y Cyanocobalamin (Vitamina B12 1mg/ml. solución inyectable) con un límite de 10 ml. por cada 30 días. Estos medicamentos están en el Nivel 6 (Medicamentos Suplementarios).
- Los medicamentos de los niveles 1, 2 y 6 tienen un copago de \$0
- Un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") está disponible para todos los medicamentos en el Nivel 6 y ciertos medicamentos en los Niveles 1-4.

Los medicamentos en los niveles 1-4 que no están disponibles para el suministro a largo plazo se indican con "NDS" en el formulario. No hay un suministro a largo plazo disponible para ningún medicamento en el Nivel 5 - Nivel de especialidad.

- Los medicamentos indicados con **"100 DS"** en el formulario se pueden surtir para un suministro de hasta 100 días.
- Si llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.
- Los medicamentos que no están en el Formulario y que se aprueban a través del proceso de Excepción al Formulario (de MARCA o genéricos) estarán sujetos al coseguro del Nivel 5-Nivel de Especialidad.
- Los opioides, benzodiazepinas o medicamentos que cumplirían con el umbral de especialidad de > \$950 para un suministro de un mes, no incluidos en el formulario que son aprobados a través del proceso de excepción del formulario, no están disponibles para un suministro a largo plazo.
- • Usted puede obtener una recarga de su medicamento recetado después de que haya transcurrido el **85%** del total de días de suministro. Debido a la naturaleza de los medicamentos oftálmicos, los medicamentos oftálmicos pueden rellenarse cuando el **70%** de los días totales de suministro ha transcurrido.
- El plan cubrirá medicamentos perdidos, robados o rotos. Se permite una anulación de recarga única demasiado pronto, una vez por medicamento, por año calendario. La Farmacia se comunicará con el servicio de asistencia de Farmacia para ingresar una anulación O el Departamento de Servicios al Asociado se comunicará con el Departamento de Farmacia del Plan para ingresar una anulación. Para los medicamentos robados, el miembro debe presentar un informe policial y / o documentación apropiada a la Farmacia y / o al Departamento de Servicios al Asociado. No se emitirá una anulación por un medicamento robado si no se presenta un informe policial y / o la documentación apropiada (tanto para medicamentos controlados como no controlados). Una anulación por un medicamento perdido, robado o roto que es una sustancia controlada requiere que la farmacia verifique que el médico haya aprobado un resurtido temprano para el medicamento controlado o haya emitido una nueva receta.
- El Plan permitirá dos reemplazos de suministro de vacaciones por año calendario por medicamento para un suministro de hasta 90 días. Si viaja fuera del país por más de 90 días, el Plan puede hacer una excepción.
- Los medicamentos no estarán cubiertos si son prescritos por médicos u otros proveedores que están excluidos de la participación del programa de Medicare.

- Los costos de los medicamentos que no están cubiertos por la parte D no cuentan para sus gastos de bolsillo.
- **Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina** - Su costo por un suministro de hasta un mes de un producto de insulina cubierto no superará el menor de los siguientes montos*: (1) \$35 (2) 25% del precio negociado por Medicare (para 'Medicamentos Seleccionados') o (3) 25% del precio negociado por el Plan, independientemente del nivel de costos compartidos. *O su copago/coseguro según el nivel, si es menor.
- **Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas**- nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para Adultos de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a nuestro Departamento de Servicios al Asociado para obtener más información.
- **Los suministros preferidos para diabéticos** Usted paga un coseguro del 0% del costo total de los suministros preferidos para la diabetes (glucómetros, tiras reactivas, lancetas, dispositivos de lanceta y soluciones de control). Los suministros preferidos para la diabetes incluyen: productos Abbott: FreeStyle, FreeStyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Freestyle Insulinx, Freestyle Precision Neo, Precision Xtra y productos Trividia/Nipro: True Metrix, Relion True Metrix, True Metrix Air. Usted paga un coseguro del 20% del costo total de los glucómetros y las tiras reactivas no preferidos. Esto requiere autorización previa. Usted paga un coseguro del 20% del costo total de las lancetas, dispositivos para lancetas y soluciones de control no preferidos. Esto no requiere autorización previa.
- **Los monitores continuos de glucosa en sangre (CBGM, por sus siglas en inglés)** Usted paga un coseguro del 0% del costo total de los Monitores Continuos de Glucosa en Sangre (CBGM) Preferidos. No se requiere autorización previa si tiene un historial de prescripción de insulina en los últimos 120 días. Los CBGM preferidos incluyen Freestyle Libre, Freestyle Libre 2 Plus, Freestyle Libre 3, Freestyle Libre 3 Plus, Dexcom G6 y Dexcom G7. Paga un coseguro del 20% del costo total por un CBGM no preferido. Esto requiere autorización previa y el ensayo de un CBGM preferido.
- **Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (MPPP, por sus siglas en inglés)**: Puede optar por el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (MPPP) para pagar sus gastos de bolsillo en cuotas mensuales durante el transcurso del año del plan, en lugar de hacerlo en la farmacia.

SECCIÓN 8 Cuánto paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas. Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en nuestra lista de medicamentos. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted. Consulte nuestra lista de medicamentos o llame al Departamento de

Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre la cobertura y los detalles de gastos compartidos de las vacunas específicas.

Hay 2 partes en nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D:

- La primera parte es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte es para el costo de **administrarle la vacuna**. (A veces se le denomina colocación de la vacuna).

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

1. Determinar si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.

2. Dónde obtiene la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

3. Quién le administra la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico. También se puede administrar en el consultorio del médico.

Lo que pague en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar en función de las circunstancias y de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre.

- Cuando reciba una vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo del proveedor que se la administre. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar 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 haya pagado.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, solo paga la parte del costo que le corresponde en virtud de su prestación de la Parte D. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada.

A continuación encontrará 3 ejemplos de formas de vacunarse de la Parte D.

Situación 1: Usted se vacuna en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. Algunos estados no permiten que las farmacias aplique ciertas vacunas.)

- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su coseguro *O* copago 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.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto íntegro que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos el coseguro *O* copago por la vacuna (incluida la administración)

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y la lleva al consultorio de su médico, donde le administran la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su coseguro *O* copago por la vacuna en sí.
- A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto íntegro que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos el coseguro *o* copago que corresponda por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte correspondiente por los servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, puede ocurrir que pague más de lo previsto según las normas de cobertura de nuestro plan o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que se lo devuelva (reembolse). Es su derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero siempre que haya pagado más de lo que le corresponde por los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos 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 recibió o por más de su parte del costo compartido. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlo, le notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que los costos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor es contratado, todavía tiene derecho al tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede tener que pedir a nuestro plan que le reembolse o pague una factura que ha recibido:

1. Cuando reciba atención médica de urgencia de un proveedor que no pertenezca a la red de nuestro plan.

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

Capítulo 7 Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de urgencia o emergencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.
- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, solicítenos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- Puede que el proveedor le envíe una factura solicitando un pago que usted no cree que debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor de la red te envía una factura que cree que no debería pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores añadan cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación de saldo**. Esta protección (que usted nunca pague más del monto de su participación en los gastos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que éste cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos determinados gastos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que crea que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y solicítenos que le devolvamos la diferencia entre el monto que ha pagado y el que le corresponde según nuestro plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

A veces la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede haber ocurrido incluso el año pasado.)

Capítulo 7 Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos. Debe presentar la documentación necesaria, 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. Cuando eso ocurra, tiene que pagar el costo completo de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, sección 2.5 para conocer estas circunstancias. Es posible que no le devolvamos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y lo que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no lleva consigo la tarjeta de asociado a nuestro plan

Si no tiene la tarjeta de membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque información sobre la inscripción en el plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de la receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado para la receta.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Es posible que pague el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan, o que tenga un requisito o restricción que usted desconocía o no cree que deba aplicársele. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para

Capítulo 7 Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado para la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe cubrirse, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o del medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos que le paguemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

Debe presentarnos su reclamo en el plazo de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarte de que nos proporcionas toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puedes rellenar nuestro formulario de reclamación para solicitar el pago.

- No es necesario utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido. Asegúrese de incluir su nombre, dirección, ciudad, estado y código postal, número de identificación de asociado, número de teléfono, fecha de los servicios, tipo de servicios y el motivo del pago por cuenta propia de este servicio/artículo (por favor sea específico). Envíe también el comprobante de pago y los registros/documentación médica.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web <https://doctorshcp.com/documents-and-forms/> o llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

Doctors HealthCare Plans, Inc.
Atención: Departamento de Servicios al Asociado
2020 Ponce De Leon Blvd., Suite PH1
Coral Gables, Florida 33134
Fax: 786-578-0283

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos que sí o no

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierto y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que usted pagó (por ejemplo, si adquirió un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior a nuestro precio negociado). Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por 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* cumplió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicándole las razones por las que no le enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos pide que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más detalles sobre cómo presentar este recurso, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos facilitarle la información de forma que le resulte útil y acorde con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.).

Nuestro plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles a todos los afiliados, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, capacidad limitada de lectura, incapacidad auditiva o diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad son, entre otros, la prestación de servicios de traductor, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los asociados que no hablan inglés. También hay materiales escritos en español. También podemos brindarle información en español y en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno, si lo necesita. Estamos obligados a facilitarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted. Si desea que le brindemos información de una manera que le sea conveniente, llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Si los proveedores de la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores de la especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará los gastos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para informarse sobre dónde acudir para obtener este servicio a un costo compartido dentro de la red.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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 a Doctors HealthCare Plans, Inc. (los números de teléfono figuran en el reverso de la tarjeta de identificación de asociado). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas aparte del inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información sobre nosotros de una manera conveniente para usted, llame al Departamento de Servicios al Asociado (los números de teléfono que figuran en el contrato de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los asociados con discapacidades y que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera conveniente para usted, llame al Departamento de Servicios al Asociado (los números de teléfono que figuran en el contrato de este folleto).

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar una reclamación ante un Departamento de Servicios al Asociado (llamada gratuita) al (833) 342-7463. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. En esta Evidencia de Cobertura o en este correo se incluye la información de contacto. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Asociado para obtener información adicional.

Sección 1.2 Debemos garantizarle el acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un médico primario (PCP, Primary Care Provider) de la red de nuestro plan para que le preste y organice los servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud femenina (como un ginecólogo) sin necesidad de obtener un referido.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *en un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, el Capítulo 9 le indica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud 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 según lo exigido por estas leyes.

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina *Notice of Privacy Practice* (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga la facultad legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
- Hay ciertas excepciones que no requieren que primero obtengamos su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Estamos obligados a facilitar información médica a los organismos públicos que controlan la calidad de la asistencia.
 - Como usted está asociado a nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a facilitar a Medicare sus datos médicos, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera única.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

Tiene derecho a consultar su historial médico y a obtener una copia de sus registros. Nos permite cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si nos pide que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de asistencia médica para decidir si deben hacerse los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otras personas para fines que no sean rutinarios.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información personal de salud, llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Como asociado de DrSelect-CFL (HMO), tiene derecho a obtener varios tipos de información de nosotros.

Si desea obtener información relacionada con lo que aparece más abajo, llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9 encontrará información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué no está cubierto un servicio médico o un medicamento de la Parte D o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, lo que también se denomina apelación.

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

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Para conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informemos de todas las opciones de tratamiento recomendadas para su enfermedad, independientemente de su costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los asociados a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, acepta toda la responsabilidad de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Tiene derecho a decir lo que quiere que ocurra si se encuentra en esta situación. Esto significa que *si quiere*, puede:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **voluntades anticipadas**. Documentos como un **testamento vital** y un **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de voluntades anticipadas.

Cómo establecer un documento de voluntades anticipadas para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de voluntades anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de material de oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede llamar al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar los formularios.
- **Rellene el formulario y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, se trata de un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que pueda tomar decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o asociados de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y ha firmado un documento de voluntades anticipadas, **llévese una copia al hospital.**

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de voluntades anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de voluntades anticipadas, el hospital dispone de formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Rellenar una directiva anticipada es su decisión (incluido si desea firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle asistencia ni discriminarle por haber firmado o no un documento de voluntades anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma un documento de voluntades anticipadas y cree que un médico o un hospital no han seguido las instrucciones del mismo, puede presentar un reclamo ante Departamento de Salud del Estado (Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, SHIP). En Florida,

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

SHIP se llama SHINE y usted tiene derecho a presentar quejas llamando al 1-800-96-ELDER o 1-800-963-5337; TTY 1-800-955-8770.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

Si tiene algún problema, duda o queja y necesita solicitar cobertura o presentar un recurso, en el Capítulo 9 de este documento se indica lo que puede hacer. Haga lo que haga—ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o un reclamo—**estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7 Si cree que se lo trata injustamente o que no se respetan sus derechos

Si cree que se le ha tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697), o llame a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si cree que le han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, y no se trata de discriminación, puede obtener ayuda para solucionar el problema que tiene en estos lugares:

- **Llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-963-5337
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llaman al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-963-5337
- **Contacte a Medicare**
 - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protecciones* (disponible en: www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY llaman al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como asociado de nuestro plan

A continuación, se enumeran las cosas que debe hacer como asociado a nuestro plan. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de Cobertura* para conocer qué se cubre y las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información detallada sobre los servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 proporcionan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura médica o cobertura de medicamentos además de nuestro plan, debe informarnos al respecto.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre nuestra tarjeta de afiliación al plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarle proporcionándoles información, haciendo preguntas y siguiendo su tratamiento.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acuerde con sus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros asociados respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, de los hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como asociado al plan, usted es responsable de los siguientes pagos:

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare para seguir asociado a nuestro plan.
- Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo cuando reciba el servicio o el medicamento.
- Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía, deberá pagarla para mantener su cobertura de medicamentos.
- Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo asociado de nuestro plan.
- **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de asociado y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* de nuestra zona de servicio de planes, usted no puede seguir siendo asociado de nuestro plan.**
- **Si se muda, comuníquelo a la Seguridad Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).**

CAPÍTULO 9:

Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican 2 tipos de procesos para gestionar problemas y preocupaciones:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas** (también llamado reclamaciones).

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un monto máximo combinado de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La información de este capítulo lo ayudará a identificar el proceso adecuado que debe utilizar y qué hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de la gente. Para facilitar la comprensión, en este capítulo se utilizan palabras más familiares en lugar de algunos términos jurídicos.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar para obtener la ayuda o información adecuada, incluimos estos términos legales cuando proporcionamos detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 ¿Dónde obtener más información y ayuda personalizada?

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le hemos dado, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Llame siempre al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarlo son las siguientes:

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para manejar un problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, proporcionarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos.

Medicare

También puede contactar con Medicare para obtener ayuda:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY puede llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso utilizar para su problema?

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos 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.

Vaya a la **sección 4, Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Vaya a la **sección 10, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones

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 de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos médicos, los servicios y los medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. 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 el médico de nuestra 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 usted o su médico de la red puedan demostrar que recibió una notificación de denegación estándar para este especialista médico, o que la *Evidencia de Cobertura* deje claro que el servicio derivado nunca está cubierto bajo ninguna circunstancia. Usted o su médico también pueden ponerse en contacto con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a prestar atención médica que usted considere necesaria.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicándole por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos que la atención médica no está cubierta o que ya no está cubierta para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión sobre la cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. En

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

determinadas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si seguimos correctamente las reglas. Cuando completemos la revisión, le contaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicándole por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos total o parcialmente su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente no vinculada a nosotros.

- No necesita hacer nada para comenzar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación del Nivel 1.
- Consulte la sección 5.4 para obtener más información sobre los recursos de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la parte D se analizan en más detalle en la sección 6.

Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, puede continuar con los niveles adicionales de apelación (en este capítulo se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a los Servicios del asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario de *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestra página web en www.doctorshcp.com).

- Para la atención médica o los medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - En el caso de los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que le recete medicamentos puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o la persona que le recetó el medicamento puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Usted 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 Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario de *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestra página web en www.doctorshcp.com) Este formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos una notificación por escrito explicándole su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado a través del colegio de abogados de su localidad u otro servicio de referencia. Hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no se le exige que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Hay 4 situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Damos los detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o apelar
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o apelar
- **Sección 7:** ¿Cómo pedirnos que cubramos una estancia hospitalaria más larga si cree que está siendo dado de alta demasiado pronto?
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está por terminar demasiado pronto (*Se aplica solo a estos servicios:* atención médica en el hogar, atención en centros de enfermería especializada y servicios de centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de qué información corresponde para usted, llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o apelar

Sección 5.1 ¿Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura médica o desea que le paguemos nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios para la atención médica se describen en el Capítulo 4 de la Tabla de Beneficios Médicos. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a la solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, le explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos de la Parte B de las normas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección se indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las 5 situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere, y cree que esto está cubierto por nuestro plan. **Pida una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro médico le quiera dar, y usted cree que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Pida una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

3. Ha recibido atención médica que, en su opinión, debería estar cubierta por nuestro plan, pero le hemos dicho que no la pagaremos. **Presente una apelación.**

Sección 5.3.

4. Usted recibió y pagó por atención médica que cree que debería estar cubierta por nuestro plan, y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse por esta atención.

Envíenos la factura. Sección 5.5.

5. Le han informado de que la cobertura de ciertos cuidados médicos que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado previamente se reducirá o se suspenderá, y usted cree que reducir o suspender estos cuidados podría perjudicar su salud.

Presente una apelación. Sección 5.3.

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, atención sanitaria a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), consulte las secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura**Términos legales:**

Una decisión de cobertura que afecta a su atención médica se denomina una **determinación de la organización.**

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación acelerada.**

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

Una decisión de cobertura estándar se toma generalmente dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, se toma una decisión de cobertura rápida dentro de las 72 horas para los servicios médicos o dentro de las 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir 2 requisitos:

- Solo puede *solicitar* cobertura para artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos y/o servicios que ya haya recibido).
- Podrá obtener una decisión rápida sobre la cobertura *solo* si el uso de los plazos estándar podría causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad de recuperar la función.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

Si su médico nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.

Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:

- Se explica que utilizaremos los plazos estándar.
- Se explica que, si su médico solicita una decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida sobre la cobertura.
- Se explica que puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario desde que recibamos su solicitud de un artículo o servicio médico sujeto a las normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario tras recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo diremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un *reclamo rápido*. Le daremos una respuesta a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

cobertura y apelaciones. Consulte la sección 10 para obtener información sobre los reclamos.)

En el caso de las decisiones de cobertura rápidas, usamos un marco de tiempo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le responderemos en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo diremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un *reclamo rápido*. (Consulte la sección 10 para obtener información sobre los reclamos). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicarán los motivos de nuestra negativa.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo hacer una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura médica se denomina reconsideración del plan.

Una apelación rápida también se denomina una **reconsideración acelerada**.

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

Por lo general, se presenta una apelación estándar dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención, usted y/o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa de que su salud requiere una apelación rápida, se la concederemos.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la sección 5.2.

Paso 2: Solicitar a nuestro plan una apelación o una apelación rápida.

- **Si solicita una apelación estándar, debe presentarla por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de causa justificada pueden ser una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o que le proporcionáramos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar la apelación.**

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

- Cuando evaluamos su apelación, analizamos cuidadosamente toda la información. Comprobamos si seguimos todas las reglas al rechazar su solicitud.
- Si es necesario, recopilaremos más información y es posible que nos pongamos en contacto con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de **72 horas tras recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si solicita 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 nos tomamos días adicionales, se lo diremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final del plazo ampliado si nos tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas tras recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** remitiremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización independiente de revisión le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud se refiere a un medicamento de la Parte B que aún no ha recibido, le daremos una respuesta en un plazo de **7 días calendario** a partir de la recepción de su solicitud. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si solicita 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 nos tomamos días adicionales, se lo diremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si cree que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Cuando usted presente un reclamo urgente, le daremos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre los reclamos.)
 - Si no le damos una respuesta antes del plazo (o al final del plazo ampliado), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización independiente de revisión revisará la apelación. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo que solicitó,** 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 de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza 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 Procedimiento de apelación de Nivel 2

Términos legales:

El nombre formal para la organización de revisión independiente es entidad de revisión independiente. A veces se le llama la **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No está vinculada a nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información sobre su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de las **72 horas** siguientes a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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

- En el caso de una apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de **30 días calendario** a partir de la fecha en que reciba su apelación. Si su solicitud se refiere a un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de **7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

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

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

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente aprueba parte o la totalidad de una 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 de revisión independiente para las solicitudes estándar. Para **las solicitudes urgentes**, disponemos de **72 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** tras recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **las solicitudes estándar**. Para **las solicitudes urgentes** disponemos de **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina confirmar la decisión o rechazar su apelación). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:
 - Se explica la decisión.
 - Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un mínimo determinado. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Le indica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- En el proceso de apelación, después del Nivel 2, hay 3 niveles adicionales (un total de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. En la sección 9 se explican los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos pide que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

En el Capítulo 7 se describe cuándo puede ser necesario solicitar un reembolso o pagar una factura que haya recibido de un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, estará solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También verificaremos si siguió las reglas para utilizar su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica está cubierta y usted ha cumplido las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero no más tarde de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta o no siguió todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le comunicaremos que no pagaremos la asistencia médica y le explicaremos los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la solicitud, **puede apelar**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones de la sección 5.3. En el caso de las apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario tras recibir su reclamación. Si nos solicita que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, no podrá 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 su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelación

después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o apelar

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener más información sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata solo sobre sus medicamentos de la Parte D. Para simplificar las cosas, generalmente decimos medicamento en el resto de esta sección, en lugar de repetir medicamento recetado cubierto para pacientes externos o medicamento de la Parte D cada vez.** 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 con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- Si su farmacia le informa que no puede surtir su receta tal como está escrita, la farmacia le entregará un aviso por escrito en el que se le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Términos legales:

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se explica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar la cobertura de un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener,

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

criterios de autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento).

Solicitar una excepción. Sección 6.2

- Solicitar el pago de una cantidad menor copago por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento con receta que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 Solicitar una excepción**Términos legales:**

Solicitar la cobertura de un medicamento que no figura en la Lista de Medicamentos es una **excepción al formulario**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento es una **excepción al formulario**.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de categorización**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría que lo estuviera, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Aquí hay 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta medicamentos pueden solicitarnos:

1.Cobertura de un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el importe correspondiente a los gastos compartidos que se aplica a los medicamentos especializados de Nivel 5. No puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le exigimos pagar 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 aceptamos hacer una excepción y renunciamos a una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.

3.Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.

Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el número del nivel de costo compartido, menos pagará de su parte del costo del medicamento.

- Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento a un monto de costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponde al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponde al nivel más bajo que contiene alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que modifiquemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del Nivel 5, Nivel Especializado.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Información importante que debe conocer acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que le haya recetado el medicamento debe proporcionarnos una declaración que explique las razones médicas por las que solicita una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Nuestra lista de medicamentos suele incluir más de un medicamento para tratar una afección concreta. Estas posibilidades diferentes se denominan **medicamentos alternativos**. Si un

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

medicamento alternativo fuera tan eficaz como el que solicita y no le causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general *no* aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel o niveles menores de costo compartido no funcionen tan bien en su caso o puedan causarle una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año de nuestro plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción**Términos legales:**

Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación de cobertura acelerada**.

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

Las decisiones de cobertura estándar se toman dentro de **72 horas** posteriores a la declaración de su médico. **Las decisiones de cobertura rápida** se toman dentro de **24 horas** posteriores a la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir 2 requisitos:

- Pedir un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsen un medicamento que ya ha comprado).
- Usar los plazos estándares podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico u otro profesional que receta medicamentos nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**

- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o profesional que receta medicamentos, decidiremos si su estado de salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:
 - Se explica que utilizaremos los plazos estándar.
 - Se explica que, si su médico u otro profesional que receta le solicita una decisión rápida sobre la cobertura, se le daremos automáticamente.
 - Le informa cómo puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas a partir de la recepción.

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

Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para pedirnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web www.doctorshcp.com. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a tramitar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que indique qué reclamo denegado se está apelando.

Usted o su médico o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. En la sección 4 se explica cómo puede otorgar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, facilite la declaración justificativa** en la que se exponen los motivos médicos de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.***Plazos para una decisión de cobertura rápida***

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de **24 horas** tras recibir su solicitud.
 - En caso de excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas tras recibir la declaración justificativa de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si no cumplimos este plazo, 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 parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos proporcionarle la cobertura acordada en un plazo de 24 horas tras recibir su solicitud o la declaración del médico que la respalda.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicarán los motivos de nuestra negación. También le informaremos sobre cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de **72 horas** tras recibir su solicitud.
 - En caso de excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas tras recibir la declaración justificativa de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos este plazo, 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 parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos **proporcionarle la cobertura** acordada en un plazo de **72 horas** tras recibir su solicitud o la declaración del médico que la respalda.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicarán los motivos de nuestra negativa. También le informaremos sobre cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de **14 días calendario** tras recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, 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 parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** también estamos obligados a realizar el pago en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicarán los motivos de nuestra negativa. También le informaremos sobre cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo hacer una apelación de Nivel 1**Términos legales:**

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida se llama una **redeterminación acelerada**.

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

Generalmente, una apelación estándar se realiza dentro de los 7 días calendario. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que le receta deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe contactarse con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al (833) 342-7463.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)*, que está disponible en nuestro sitio web www.doctorshcp.com. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a tramitar su solicitud.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de causa justificada pueden ser una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o que le proporcionáramos información incorrecta o incompleta sobre el plazo 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 la apelación.

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

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de **72 horas tras recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, 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 Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos proporcionarle la cobertura acordada en un plazo de 72 horas tras recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué hemos dicho que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no ha recibido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le damos una decisión en un plazo 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 Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos proporcionarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué hemos dicho que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Los plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de **14 días calendario** tras recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, 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 parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, también estamos obligados a realizar el pago en un plazo de **30 días calendario** a partir de la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicarán los motivos de nuestra negativa. También le informaremos sobre cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo hacer una apelación de Nivel 2

Términos legales:

El nombre formal para la organización de revisión independiente es entidad de revisión independiente. A veces se la denomina **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviamos 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, cuáles son los plazos que debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su petición de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable sobre una **determinación de riesgo** en el marco de nuestro programa de gestión de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización independiente de revisión. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

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

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información sobre su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de **72 horas** después de haber recibido su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de **7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación si ésta se refiere a un medicamento que aún no ha recibido. Si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

Paso 3: la organización de revisión independiente le da su respuesta.***En el caso de las apelaciones rápidas:***

- **Si la organización de revisión independiente aprueba parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura del medicamento que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.

En el caso de las apelaciones estándares:

- **Si la organización independiente de revisión dice que sí a parte o a la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización independiente de revisión **dentro de las 72 horas** después de recibir la decisión de la organización independiente de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué pasa si la organización independiente de revisión dice que no a su apelación?

Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de **su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se llama **rechazar su apelación**). En este caso, la organización independiente de revisión le enviará una carta en la que:

- Se explica la decisión.
- Se le informa de su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otro recurso y la decisión del Nivel 2 será definitiva.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

- Se le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- En el proceso de apelación, después del nivel, hay 3 niveles adicionales (un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 ¿Cómo pedirnos que cubramos una estancia hospitalaria más larga si cree que está siendo dado de alta demasiado pronto?

Cuando le ingresan en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estancia cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararle para el día en que abandone el hospital. Lo ayudarán a organizar los cuidados que pueda necesitar tras su marcha.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le piden que abandone el hospital demasiado pronto, puede pedir una estancia hospitalaria más larga, y su petición será tenida en cuenta.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, Medicare le enviará una notificación por escrito en la que se le informará de sus derechos

En los 2 días calendario siguientes a su ingreso en el hospital, recibirá una notificación por escrito denominada *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe la notificación de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), pídasela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Se le indica lo siguiente:

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia en el hospital, según las indicaciones de su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención en el hospital.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que se le da de alta del hospital demasiado pronto. Se trata de una manera formal y legal de solicitar un aplazamiento de la fecha de alta, de modo que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

2. Se le pedirá que firme la notificación escrita para demostrar que la ha recibido y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
- Firmar el aviso demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. La notificación no indica la fecha de alta. Firmar la notificación **no significa** que esté de acuerdo con la fecha de alta.

3. Guarde su copia de la notificación para disponer de la información sobre cómo presentar un recurso (o comunicar una preocupación sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma la notificación con más de 2 días calendario de antelación a la fecha de alta, recibirá otra copia antes de que le den el alta.
- Para ver una copia de este aviso con anticipación, llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY puede llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener notificaciones en línea en el enlace www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar un recurso de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

Para pedirnos que cubramos sus servicios de hospitalización durante más tiempo, utilice el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos:

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación escrita que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo ponerse en contacto con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.**
 - **Si cumple este plazo**, puede permanecer en el hospital *después de* la fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
 - **Si no cumple con esta fecha límite, póngase en contacto con nosotros.** Si decide permanecer en el hospital después de la fecha prevista de su alta, es *posible que deba pagar los gastos* de atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista de su alta.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente al que se haya puesto en contacto con nosotros, le entregaremos una **Notificación detallada de alta.** Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Puede obtener un modelo de la **Notificación detallada de alta** llamando al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

usuarios de TTY pueden llamar al 711) o a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al (1-877-486-2048.) O puede obtener un modelo de notificación en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza 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 debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les hayamos facilitado.
- Antes del mediodía del día siguiente al que los revisores nos informaron de su apelación, recibirá una notificación por escrito en la que se le indicará la fecha prevista del alta. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.***¿Qué sucede si la aceptan?***

- Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa, *debemos seguir prestándole los servicios cubiertos de hospitalización mientras sean médicamente necesarios*.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión independiente dice que *no*, está diciendo que su fecha prevista de alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión independiente dice *no* a 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.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar un recurso de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

Durante una apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para la mejora de la calidad que reconsidere su decisión sobre la primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión en un plazo de **60 días calendario** después del día en que la organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a examinar detenidamente toda la información sobre su apelación.

Paso 3: En el plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de recurso de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su recurso y le comunicarán su decisión.***Si la organización independiente de revisión dice que sí:***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

Si la organización independiente de revisión dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- La notificación que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea seguir adelante con su recurso pasando al Nivel 3.

- En el proceso de apelación, después del Nivel 2, hay 3 niveles adicionales (un total de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando recibe servicios cubiertos **de atención médica a domicilio, cuidados de enfermería especializada o cuidados de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF])**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios correspondientes a ese tipo de atención mientras ésta sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que ha llegado el momento de dejar de cubrirle alguno de estos 3 tipos de asistencia médica, estamos obligados a comunicárselo con antelación. Cuando finalice la cobertura de esa asistencia *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de la misma.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le informaremos con antelación de cuándo finaliza su cobertura**Términos legales:**

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación por vía rápida**. Solicitar una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de pedir un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo interrumpir su atención.

1. Usted recibe una notificación por escrito al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan vaya a dejar de cubrir su asistencia médica. El aviso dice lo siguiente:

- La fecha en la que dejaremos de cubrirle los cuidados.
- Cómo solicitar un recurso rápido 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 la notificación escrita para demostrar que la ha recibido. La firma de la notificación *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmar el documento no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de interrumpir la asistencia.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su asistencia durante más tiempo

Si quiere pedirnos que cubramos sus cuidados durante un periodo más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos:

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, sección 3.

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 profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación de vía rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación escrita que ha recibido (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo ponerse en contacto con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si se le pasa el plazo y quiere presentar un recurso, sigue teniendo derecho a apelar. Póngase en contacto con la Organización para la mejora de la Calidad utilizando la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. En el Capítulo 2 también encontrará el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la Calidad de su estado.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Términos legales:

Explicación detallada de no cobertura. Notificación en la que se detallan los motivos de finalización de la cobertura.

¿Qué sucede 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 debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- La organización de revisión independiente también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que les facilite nuestro plan.
- Antes de que finalice el día en que los revisores nos comuniquen su apelación, recibirá de nuestra parte 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: En el plazo de un día completo desde que dispongan de toda la información necesaria, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores aceptan su apelación, entonces *debemos seguir prestándole los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios*.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si se aplican). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan?

- Si los revisores dicen que *no*, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.
- Si decide seguir recibiendo la atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios del Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de esta fecha, cuando finalice su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su asistencia durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Solo puede solicitar esta revisión si ha seguido recibiendo atención médica después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a examinar detenidamente toda la información sobre su apelación.

Paso 3: En el plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de recurso de apelación, los revisores decidirán sobre su recurso y le comunicarán su decisión.***¿Qué pasa si la organización independiente de revisión dice que sí?***

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. **Debemos seguir cubriendo** la asistencia médica mientras sea médicamente necesaria.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué ocurre si la organización de revisión independiente dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada para su apelación de Nivel 1.
- La notificación que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es tramitado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 Niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de 5 Niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La sección 9 ofrece más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

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

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no se puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos que implican apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los primeros 2 niveles. A continuación se indica quién se encarga de revisar su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez de derecho administrativo** o un abogado que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de una decisión en un recurso de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la decisión del juez administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con cualquier documento adjunto. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede o no concluir.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Decidiremos si apelaremos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario tras recibir la decisión del consejo.

- Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si usted decide aceptar esta decisión que mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede 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 decidirá si acepta o rechaza su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

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

Si el valor del medicamento que apeló alcanza una determinada cantidad en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el importe en dólares es menor, no se puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos que implican apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los primeros 2 niveles. A continuación se indica quién se encarga de revisar su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez de derecho administrativo o un abogado que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el juez administrativo o el abogado adjudicador **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué 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 su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones urgentes) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si acepta o rechaza su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

PRESENTAR QUEJAS**SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes****Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?**

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativos	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está descontento con nuestro Servicios al Asociado? • ¿Siente que lo están animando a darse de baja de nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Lo han hecho esperar demasiado tiempo los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O nuestro Servicios al Asociado u otro miembro del personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Este tipo de reclamos se refieren a la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, puede presentar un reclamo por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: - Nos pidió una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i>, y le dijimos que no; puede presentar un reclamo. - Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o las apelaciones, puede presentar un reclamo. - Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. - Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **reclamación**.

Presentar una queja se denomina **presentar una reclamación**.

El uso del proceso para presentar quejas se denomina **uso del proceso para presentar reclamaciones**.

Una **queja rápida** se denomina una **reclamación acelerada**.

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

- En general, el primer paso es llamar al Departamento de Servicios al Asociado o al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar 711). Si tiene que hacer algo más, Servicios al Asociado se lo comunicará.
- Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su reclamo por escrito y enviárnoslo. Si presenta su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.

Capítulo 9 Si tiene algún problema o reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)

- Las reclamaciones verbales se tratarán mediante conversaciones informales con el Departamento de Servicios al asociado lo antes posible, pero en un plazo no superior a 30 días. Si dedicar más tiempo a recopilar información redundante en beneficio del asociado, o si este lo solicita, el coordinador de apelaciones podrá solicitar una prórroga de 14 días y deberá enviar por correo la carta de prórroga en un plazo de 72 horas tras la recepción de la apelación.
- El plazo para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos inmediatamente.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si presenta un reclamo porque rechazamos su solicitud de una decisión rápida sobre la cobertura o una apelación rápida, le concederemos automáticamente un reclamo rápido.** Si tiene un reclamo urgente, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja, o no asumimos la responsabilidad del problema sobre el que se queja, incluiremos nuestros motivos en nuestra respuesta.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la organización para la mejora de la calidad

Cuando su reclamo se refiere a *la calidad de la atención*, tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la organización para la mejora de la calidad.** La organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- O
- **Puede presentar su queja ante la organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre DrSelect-CFL (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD llaman al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Cancelación de su membresía a nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía a nuestro plan

La cancelación de su membresía en DrSelect-CFL (HMO) puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (ajena a su voluntad):

- Puede darse de baja de nuestro plan porque decide que *quiere* hacerlo. Las secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo dar de baja su membresía de forma voluntaria.
- También existen situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nosotros debemos seguir proporcionándole atención médica y medicamentos recetados, y usted seguirá pagando su parte de los costos hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Puede terminar su membresía durante el período de inscripción abierta

Puede cancelar su membresía a nuestro plan durante el **período de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El período de inscripción abierta** 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;
 - Medicare original *con* un plan de medicamentos separado de Medicare.; o bien,

- Medicare original *sin* un plan de medicamentos separado de Medicare.
 - Si elige esta opción y recibe ayuda adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare y permanece sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 o más días consecutivos, es posible que tenga que pagar una multa por afiliación tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía a nuestro plan terminará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

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

Puede realizar un cambio en su cobertura médica durante el *período* de inscripción abierta de **Medicare Advantage** cada año.

- **El período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y, para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes en que adquieren el derecho a las Partes A y B hasta el último día del tercer mes de ese derecho.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage** usted puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Darse de baja de nuestro plan y obtenga cobertura a través de Medicare Original. Si cambia a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare independiente al mismo tiempo.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía al plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de inscripción por parte del plan de medicamentos.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los asociados de DrSelect-CFL (HMO) pueden tener derecho a dar por terminada su afiliación en otros momentos del año. Esto se conoce como un **período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para terminar su membresía durante un período especial de inscripción si se aplica alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- Por lo general, al mudarse.
- Si tiene Medicaid.
- Si usted es elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC).
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Nota: Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. La Sección 5 del Capítulo 10 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los plazos de inscripción varían según su situación.

Para saber si usted es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY puede llamar al 1-877-486-2048. Si usted tiene derecho a terminar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Puede elegir entre los siguientes:

- otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos;
- Medicare original *con* un plan de medicamentos separado de Medicare, o
- Medicare original *sin* un plan de medicamentos separado de Medicare.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare y permanece sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más seguidos, es

posible que tenga que pagar una multa por afiliación tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía generalmente finalizará** el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de cambio de plan.
- **Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su cobertura de medicamentos:** si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no inscribirse automáticamente.

Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede darse de baja

Si tiene preguntas sobre la finalización de su membresía puede:

- **Llame al Departamento de Servicios al Asociado o al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- Encuentre la información en el manual **Medicare & You 2026** (Medicare y Usted).
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY puede llamar al 1-877-486-2048

SECCIÓN 3 Cómo terminar su membresía a nuestro plan

En la siguiente tabla se explica cómo puede dar de baja su membresía a nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que hay que hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se lo dará de baja automáticamente de DrSelect-CFL (HMO) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare original <i>con</i> un plan de medicamentos separado de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Se lo dará de baja automáticamente de DrSelect-CFL (HMO) cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.

Para cambiar de nuestro plan a:

Esto es lo que hay que hacer:

Medicare original *sin* un plan de medicamentos separado de Medicare

- **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción.** Llame al Departamento de Servicios al Asociado o al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más obtener información sobre cómo hacerlo.
- También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se le dé de baja. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Se lo dará de baja de DrSelect-CFL (HMO) cuando empiece su cobertura en Medicare Original.

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

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando las farmacias de nuestra red o el pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su afiliación, nuestra cobertura cubrirá su estancia en el hospital hasta que le den de alta** (incluso si le dan de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 DrSelect-CFL (HMO) debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones

DrSelect-CFL (HMO) debe terminar su membresía en nuestro plan si ocurre alguna de las siguientes cosas:

- 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 zona de servicio durante más de 6 meses

- Si se traslada o hace un viaje largo, llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se traslada o viaja está dentro del área de nuestro plan
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no reside legalmente en los Estados Unidos
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos recetados.
- Si nos proporciona información incorrecta de manera intencionada al inscribirse en nuestro plan y dicha información afecta a su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarle a darse de baja de nuestro plan por este motivo a menos que antes obtengamos el permiso de Medicare.)
- Si usted se comporta continuamente de una manera que perturba y nos dificulta proporcionar atención médica para usted y otros asociados de nuestro plan. (No podemos obligarle a darse de baja de nuestro plan por este motivo a menos que antes obtengamos el permiso de Medicare.)
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarle a darse de baja de nuestro plan por este motivo a menos que antes obtengamos el permiso de Medicare.)
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas de nuestro plan durante un año.
 - Debemos notificarle por escrito que tiene un año para pagar la prima del plan antes de que terminemos su membresía.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare lo dará de baja de nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos.

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos terminar su membresía, llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)

Sección 5.1 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con la salud

DrSelect-CFL (HMO) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si cree que le están pidiendo que abandone nuestro plan por motivos relacionados con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar una reclamación o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

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 en virtud de la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial 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 cumplir con 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 del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la **Oficina de Derechos Civiles** local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llame al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene algún reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios al Asociado puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las reglamentaciones de los CMS establecidas en los artículos 42 y 422.108 del Título 423.462 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), DrSelect-CFL (HMO), como organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las reglamentaciones de los CMS establecidas en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Apelación: una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Área de servicio el área geográfica donde debe vivir para afiliarse a un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, en general, también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no son de emergencia). En caso de que se mude permanentemente fuera del área de servicio de nuestro plan, se lo dará de baja del plan.

Asistente de cuidado de la salud en el hogar: una persona que presta servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta licenciado, como ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios recetados).

Asociado (asociado de nuestro plan o asociado del plan): una 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).

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en centro de enfermería especializada (SNF): la atención de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo un enfermero o médico matriculado pueden administrar.

Autorización previa: una aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos en función de criterios específicos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en la Tabla de Beneficios Médicos, en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

Capítulo 12 Definiciones

“Ayuda Adicional”: un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

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

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta médica, ya que cumple requisitos adicionales sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Cancelación de la inscripción o cancelar la inscripción: el proceso de finalización de su membresía en nuestro plan.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluyen fisioterapia, servicios psicológicos o sociales, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el fin de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estancia prevista en el centro no supera las 24 horas.

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

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: la cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Generalmente, cuando las personas que tienen este tipo de cobertura pasan a ser elegibles para Medicare, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en un plan de cobertura para medicamentos recetados de Medicare.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes externos no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: monto que se le puede pedir que pague como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta al médico, una consulta como paciente externo en un

Capítulo 12 Definiciones

hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro: un monto que se le puede pedir que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, el 20 %) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un asociado tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) cualquier cantidad deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o los medicamentos; 2) cualquier cantidad fija copago que un plan requiera cuando se recibe un servicio o un medicamento específico; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan requiera cuando se obtiene un servicio o medicamento específico.

Costo de dispensación: el costo que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como, por ejemplo, el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y empaquetar el medicamento recetado.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es el cuidado personal que se presta en una residencia de ancianos, un hospicio u otro centro cuando no se necesita atención médica especializada ni cuidados de enfermería especializada. El cuidado asistencial, prestado por personas que no tienen habilidades ni formación profesional, incluye ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o de una silla, desplazarse y usar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Cuidados paliativos: un beneficio que proporciona tratamiento especial para un asociado que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige cuidados paliativos y continúa pagando las primas, seguirá siendo asociado de nuestro plan. Aún podrá obtener todos los servicios médicos necesarios, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Deducible: el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento que se le ha recetado está cubierto por nuestro plan y el monto, si lo hubiera, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le dice que la receta no está cubierta por nuestro plan, eso no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a

Capítulo 12 Definiciones

nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si un servicio o artículo está cubierto o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por un servicio o artículo cubierto. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Emergencia: una emergencia médica se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos medios sobre la salud y la medicina, cree que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos que un médico solicita por motivos médicos, por ejemplo, andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que un proveedor le recete para usar en el hogar.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos de bolsillo para el año hayan alcanzado el monto límite de gastos de bolsillo.

Evidencia de cobertura (EOC) e información de divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y los demás anexos, las cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como asociado 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 del formulario) u obtener un medicamento no preferido con un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que solicita, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que le eximamos de la restricción de los

Capítulo 12 Definiciones

criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción del formulario).

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) factura a un paciente más del monto de gastos compartidos que permite nuestro plan. Como asociado de DrSelect-CFL (HMO), solo tiene que pagar los montos de gastos compartidos de nuestro plan cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o le cobren más del monto de gastos compartidos que nuestro plan establece que usted debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan, donde los asociados de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si los obtiene en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los asociados de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que se obtienen en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de “costos compartidos” más arriba. El requisito de costos compartidos de un asociado para pagar una parte de los servicios o medicamentos obtenidos también se conoce como requisito de costos de bolsillo del asociado.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: un portal o aplicación informática donde los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorizaciones previas, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando ingresa formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, es posible que lo consideren un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada: el uso de un medicamento aprobado por la FDA o respaldado por determinadas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema Micromedex DRUGDEX Information.

Individuo doblemente elegible: una persona elegible para recibir cobertura de Medicare y Medicaid.

Capítulo 12 Definiciones

Ingreso suplementario del Seguro Social (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que tienen discapacidades, son ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios de la Seguridad Social.

Límite de gastos de bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden ser en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o lista de medicamentos): una lista de los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa combinado del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid.

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

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de principio activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: medicamento recetado aprobado por la FDA que contiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y suele costar menos.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el que Medicare negoció un precio máximo justo.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de

Capítulo 12 Definiciones

medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos de la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicare: el programa federal de seguro médico destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen una enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En virtud de Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos al pagar a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte. Medicare Original tiene 2 partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría no pagará una prima más alta.

Monto máximo de gastos de bolsillo: lo máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Los montos que pague por las primas de nuestro plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de costos compartidos.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: un monto que se agrega a la prima mensual del plan para la cobertura de medicamentos de Medicare si se queda sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, de media, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuado de 63 días o más después de cumplir los requisitos para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

Organización para la mejora de la calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga para evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Capítulo 12 Definiciones

Parte C: consulte “plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Período de beneficios: la forma en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden el uso de los servicios en hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta: el período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año, durante el cual los asociados pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o pasarse a Medicare Original.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo, durante el cual los asociados 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 elige cambiar a Medicare Original en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Periodo de inscripción especial: un tiempo establecido en el que los asociados pueden cambiar su plan de salud o medicamentos o volver a Medicare Original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, este es el período de tiempo durante el cual puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65, incluye el mes en que cumple 65 y termina 3 meses después del mes en que cumple 65.

Plan de costos de Medicare: un plan de costos de Medicare es un plan administrado por una organización de mantenimiento de la salud (HMO) o un plan médico competitivo (CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.

Capítulo 12 Definiciones

Plan de Necesidades Especiales de Cuidados Crónicos (C-SNP): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a las personas elegibles para MA que padecen enfermedades graves y crónicas específicas.

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de una organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los asociados del plan por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sean de proveedores dentro o fuera de la red. Generalmente, los costos compartidos de los asociados es más alto cuando los beneficios del plan se obtienen de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de gastos de su bolsillo por servicios prestados por proveedores dentro la red (preferidos) y un límite más alto para el total combinado de gastos de bolsillo por servicios prestados tanto por proveedores dentro la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes de necesidades especiales, los programas piloto/de demostración y los programas de atención integral para personas de edad avanzada (PACE).

Plan Institucional para Necesidades Especiales (I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en determinados centros de atención a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalentes a los institucionales (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en centros (FI-SNP).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan que ofrece una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser: i) una HMO; ii) una PPO; iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS); o iv) un plan de cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura de medicamentos recetados) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados**.

Plan PACE: un plan del programas de atención integral para personas de edad avanzada (PACE) combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en

Capítulo 12 Definiciones

sus comunidades (en lugar de mudarse a una residencia de ancianos) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto sus beneficios de Medicare como de Medicaid a través de nuestro plan.

Plan para necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que ofrece atención médica más específica para grupos concretos de personas, como aquellas que tienen tanto Medicare como Medicaid, que viven en una residencia de ancianos o que padecen determinadas enfermedades crónicas.

Plan para necesidades especiales equivalente a una institución (IE-SNP): un IE-SNP limita la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Planes para necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho a recibir tanto Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad de la persona.

Póliza de Medigap (seguro complementario de Medicare): un seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las brechas en Medicare Original. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Porcentaje diario de costos compartidos: puede aplicarse un porcentaje diario de costos compartidos cuando un médico le receta menos de un mes completo de suministro de determinados medicamentos y usted debe pagar un copago. El porcentaje diario de costo compartido es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. Este es un ejemplo: si su copago por un suministro para un mes de un medicamento es \$30 y el suministro para un mes en nuestro plan es de 30 días, entonces su porcentaje de costo compartido diario es de \$1 por día.

Precio máximo justo: el precio negociado por Medicare para un medicamento seleccionado.

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud a cambio de la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Producto biológico: un medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares (consulte “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Capítulo 12 Definiciones

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como referencia para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina “producto de referencia”.

Programa de descuentos de fabricantes: un programa en el que los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Programa de gestión de la terapia farmacológica (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades médicas complejas que se ofrece a personas que cumplen determinados requisitos o que participan en un programa de gestión de medicamentos. Los servicios de MTM suelen incluir una conversación con un farmacéutico o un profesional de la salud para revisar los medicamentos.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello, asociados artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para sustituir una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a un proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **“proveedores de la red”** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los asociados de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **“proveedores del plan”**.

Proveedor o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los asociados a nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son aquellos que no están empleados por nuestro plan, ni son de su propiedad ni operación.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **“presentar una reclamación”**. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que recibe. También incluye quejas sobre si nuestro plan no sigue los plazos del proceso de apelación.

Capítulo 12 Definiciones

Reclamo: un tipo de queja que se presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, incluida una queja sobre la calidad de la atención. Esto no implica disputas sobre la cobertura o el pago.

Referido: una orden por escrito de un médico primario para que visite a un especialista o reciba determinados servicios médicos. Sin un referido, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios al Asociado: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

Servicios cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministros que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término “servicios cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, como los servicios oftalmológicos, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación hospitalaria, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia se considera un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las visitas habituales al proveedor que sean médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Subsidio por Bajo Recursos (LIS): consulte “Ayuda adicional”

Tratamiento escalonado – una herramienta de utilización que requiere que primero pruebes otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que tu médico te haya recetado inicialmente.

Aviso de no discriminación

Doctors HealthCare Plans, Inc. cumple con las leyes federales aplicables en materia de derechos civiles y no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color, credo, religión, origen nacional, edad, discapacidad, afiliación o creencias políticas, o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

Doctors HealthCare Plans:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes cualificados en lengua de señas
 - Información escrita en otros formatos (impresión en gran formato, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes cualificados
 - Información escrita en otros idiomas
- Si necesita estos servicios, póngase en contacto con Servicios al Asociado/Derechos Civiles.

Si considera que Doctors HealthCare Plans no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado de alguna otra forma, puede presentar un reclamo ante:

Doctors HealthCare Plans, Inc.

Attn: Member Services/Civil Rights

2020 Ponce De Leon Blvd, PHI

Coral Gables, FL 33134

Telephone: 833 342-7463 (TTY: 711)

Fax: 786-578-0293,

Email: civilrights@doctorshcp.com

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el departamento de Servicios al Asociado/Derechos Civiles está a su disposición para ayudarle.

También puede presentar una queja relacionada con los derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de Quejas de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services)

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

NOTICE OF AVAILABILITY OF LANGUAGE ASSISTANCE, AUXILIARY AIDS AND SERVICES

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 833-342-7463 (TTY:711) or speak to your provider.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, están disponibles servicios de asistencia lingüística gratuita para usted. También están disponibles sin carga adecuada apoyos y servicios para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 833-342-7463 (TTY:711) o hable con su proveedor.

Haitian Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksebib yo disponib gratis tou. Rele nan 833-342-7463 (TTY:711) oswa pale avèk founisè w la.

Arabic: وسائل تتوفر كما. المجانية اللغوية المساعدة خدمات لك فستوفر، العربية اللغة تتحدث كنت إذا: تنبيه 833-342-7463 م الرق على اتصل. مجاناً إليها الوصول يمكن بتنسيقات المعلومات لتوفير مناسبة وخدمات مساعدة (TTY:711) الخدمة مقدم إلى تحدث أو.

Chinese Traditional: 注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 833-342-7463 (TTY:711) 或與您的提供者討論。」

Chinese Simplified: 注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 833-342-7463 (文本电话: (TTY:711) 或咨询您的服务提供商。

French: ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 833-342-7463 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachhilfe-Dienste zur Verfügung. Angemessene Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in zugänglichen Formaten sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie 833-342-7463 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Gujarati: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. માહિતીને સુલભ સ્વરૂપમાં આપવાની યોગ્ય સહાયક સાધનો અને સેવાઓ પણ નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. 833-342-7463 (TTY:711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Italian: ATTENZIONE: Se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti por te. Sono disponibili anche ausili e servizi appropriati por fornire informazioni in formati accessibili, anch'essi gratuiti. Chiama il 833-342-7463 (TTY:711) o parla con il tuo fornitore.

Korean: 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 833-342-7463 (TTY:711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Polish: UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 833-342-7463 (TTY:711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą”.

Portuguese: ATENÇÃO: Se você fala Português, serviços de assistência linguística gratuitos estão disponíveis para você. Ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 833-342-7463 (TTY:711) ou converse com seu prestador de serviços.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 833-342-7463 (TTY:711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo

upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 833-342-7463 (TTY:711) o makipag-usap sa iyong provider.”

Thai: หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามี บริการความช่วยเหลือ ด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ั ยังมี เครื่ ่องมี อและบริ การ ช่วยเหลือ อเพื่ ่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่ ่เข้าถึงได้ โดยไม่เสี ยค่าใช้จ่าย โปรดโทรติ ดต่อ 833-342-7463 (TTY:711) หรือ ปรึ ษาผู้ ั้ให้บริการของคุณ”

Vietnamese: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số Người khuyết tật: 833-342-7463 (TTY:711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.”

DrSelect-CFL (HMO) Servicios al Asociado

Método	Servicios al Asociado: información de contacto
LLAMADAS	(833) 342-7463 Las llamadas a este número son gratuitas. Horarios de operación: Lunes Domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. al Departamento de Servicios al Asociado al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horarios de operación: Lunes Domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Fax	(786) 578-0283
CORREO POSTAL	Doctors HealthCare Plans, Inc. 2020 Ponce de Leon Blvd., Suite PH 1 Coral Gables, FL 33134
SITIO WEB	www.doctorshcp.com

PROGRAMA ESTATAL DE ASISTENCIA PARA EL SEGURO MÉDICO (SHIP) Programa SHINE Departamento de Asuntos de la Tercera Edad (Florida SHIP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para ofrecer asesoría gratuita sobre seguros médicos locales a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAMADAS	1-800-96-ELDER 1-800-963-5337
TTY	1-800-955-8770 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultad para oír o hablar
CORREO POSTAL	4040 Esplanade Way, Ste 270 Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO WEB	www.floridashine.org

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA) De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management y Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para implementar mejoras en este formulario, escriba a:

CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



2020 PONCE DE LEON BLVD., PH 1
CORAL GABLES, FLORIDA 33134

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS AL ASOCIADO

LOCAL (786) 460-3427
TELÉFONO GRATUITO (833) 342-7463 (TTY:711)
FAX (786) 578-0283
7 DÍAS DE LA SEMANA DE 8AM A 8PM

WWW.DOCTORSHCP.COM

