Community Health Plan of Washington

Evidencia de cobertura de 2026

Dual Complete (HMO D-SNP)

COMMUNITY HEALTH PLAN of Washington™

MEDICARE ADVANTAGE

Inscríbase por teléfono

Llame hoy mismo y un especialista en inscripción de Medicare de CHPW con gusto le ayudará a inscribirse por teléfono. Llame al **1-800-944-1247** (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

Por correo

Complete la solicitud de inscripción y envíela en el sobre con franqueo pagado. Si todavía no tiene una solicitud de inscripción, llámenos y con gusto le enviaremos una por correo postal.

Inscríbase en línea

Visite **medicare.chpw.org/enrollnow**. Facilitamos la inscripción en línea con un proceso de 6 pasos.

Personalmente

Llame al 1-800-944-1247 (TTY: 711) para establecer un momento conveniente para que se reúna con uno de nuestros especialistas en inscripción en Medicare locales. O programe una cita a través de nuestro sitio web en **medicare.chpw.org/reps**.

Información de contacto

Sitio web:
medicare.chpw.org

Dirección postal:
Community Health
Plan of Washington
1111 3rd Ave, Suite 400
Seattle, WA 98101-3207

Miembros potenciales:
1-800-944-1247

Miembros actuales:
1-800-942-0247

TTY: 711,
de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.,
los 7 días de la semana

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos de Medicare como miembro del plan Dual Complete (HMO D-SNP) de Community Health Plan of Washington (CHPW)

En este documento se proporcionan detalles acerca de su cobertura médica y de medicamentos desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

- La prima y el costo compartido de nuestro plan.
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo ponerse en contacto con nosotros.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Si tiene alguna pregunta sobre este beneficio, llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Dual Complete (HMO D-SNP) de CHPW, es ofrecido por Community Health Plan of Washington (CHPW). Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a *Community Health Plan of Washington (CHPW).* Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Dual Complete de CHPW.

Este documento está disponible sin cargo en español. Puede solicitar esta información en formatos alternativos, como braille o tamaño de letra grande de forma gratuita. Llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarlo con al menos 30 días de anticipación.

Community Health Plan of Washington es un plan de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO), que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid del estado de Washington. La inscripción en Community Health Plan of Washington depende de la renovación del contrato.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 5

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Dual Complete de CHPW 5
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 6
SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía 8
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026 10
SECCIÓN 5 Más información acerca de su prima mensual del plan 17
SECCIÓN 6 Mantener actualizado el registro de membresía de nuestro plan 19
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 20

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes 22

SECCIÓN 1 Contactos de Dual Complete de CHPW 22
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare 27
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP) 28
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO) 29
SECCIÓN 5 Seguro Social 30
SECCIÓN 6 Medicaid 31
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar por medicamentos recetados 32
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) 36

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos 37

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 37
SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red de nuestro plan para recibir atención médica 39
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención médica 43
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios cubiertos? 46
SECCIÓN 5 Servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica 46
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 48
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos 49

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto) 52

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos 52

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y los costos 54

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de Dual Complete de CHPW 101

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan 102

CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D 105

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan 105

SECCIÓN 2 Surta su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 106

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan 109

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura 112

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría 113

SECCIÓN 6 La Lista de medicamentos puede modificarse durante el año 116

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 119

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 120

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 120

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos 122

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D 125

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por medicamentos de la Parte D 125

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de Dual Complete de CHPW 128

SECCIÓN 3 En su *Explicación de beneficios de la Parte D* se explica en qué etapa de pago se encuentra 128

SECCIÓN 4 Etapa del deducible 130

SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial 130

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura en situaciones catastróficas 134

SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D 135

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios o medicamentos cubiertos 137

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos 137

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 140

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 140

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 142

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan 142

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 148

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 150

SECCIÓN 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud 150

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada 151

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema 151

SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare 152

SECCIÓN 5 Guía para las decisiones de cobertura y apelaciones 153

SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 156

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 164

SECCIÓN 8 Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto 175

SECCIÓN 9 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura va a acabar demasiado pronto 180

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 184

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente u otras inquietudes 187

SECCIÓN 12 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid 190

CAPÍTULO 10: Cómo finalizar la membresía en nuestro plan 192

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan 192

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 192

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan 196

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan 197
SECCIÓN 5 Dual Complete de CHPW debe finalizar nuestra membresía en determinadas situaciones 197

CAPÍTULO 11: Avisos legales 200

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 200
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 200
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 200
SECCIÓN 4 Cesión 201
SECCIÓN 5 Honorarios y gastos de abogados y defensores 201
SECCIÓN 6 Responsabilidad del empleador 201
SECCIÓN 7 Evidencia de cobertura vinculante para los miembros 201
SECCIÓN 8 Responsabilidad de la agencia gubernamental 201
SECCIÓN 9 Exención de responsabilidad del miembro 202
SECCIÓN 10 Avisos 202
SECCIÓN 11 Recuperación de sobrepagos 202
SECCIÓN 12 Aviso de subrogación (recuperación de un tercero) 202

CAPÍTULO 12: Definiciones 203

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Dual Complete de CHPW

Sección 1.1 Está inscrito en Dual Complete de CHPW, que es un plan de necesidades especiales De Medicare

Tiene cobertura tanto de Medicare como de Apple Health (Medicaid):

- **Medicare** es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **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. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Ha elegido recibir la cobertura de medicamentos y la atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Dual Complete de CHPW. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso al proveedor en nuestro plan son diferentes a los de Medicare original.

Dual Complete de CHPW es un plan especializado de Medicare Advantage (un plan de necesidades especiales de Medicare). Esto significa que sus beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. CHPW Dual Complete está diseñado para personas que tienen Medicare y tienen derecho a recibir ayuda de Apple Health (Medicaid).

Debido a que recibe ayuda de Apple Health (Medicaid) con los costos compartidos de la Parte A y la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no deba pagar nada por sus servicios de Medicare. Apple Health (Medicaid) también puede ofrecer otros beneficios, ya que cubre servicios de atención médica que, por lo general, no tienen cobertura de Medicare. También puede recibir Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. Dual Complete de CHPW le ayudará a administrar todos estos beneficios para que reciba los servicios de salud y la ayuda de pagos a los que tiene derecho.

Una organización sin fines de lucro privada administra Dual Complete de CHPW. Al igual que todos los planes de Medicare Advantage, este plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Nuestro plan también ha celebrado un contrato con el programa Apple Health (Medicaid) de Washington para coordinar sus beneficios de Apple Health (Medicaid). Nos complace brindarle cobertura de Medicare, que incluye cobertura para medicamentos.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta Evidencia de cobertura es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Dual Complete de CHPW cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la Lista de medicamentos cubiertos (formulario) y los avisos que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones adicionales que la afecten. En ocasiones, estos avisos se denominan cláusulas adicionales o enmiendas.

El contrato está vigente para los meses en los que esté inscrito en Dual Complete de CHPW entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite realizar cambios a los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Dual Complete de CHPW después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de prestación de servicios después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y la Autoridad de Atención Médica del Estado de Washington deben aprobar Dual Complete de CHPW. Cada año, usted puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando decidamos continuar ofreciendo nuestro plan, y Medicare, y la Autoridad de Atención Médica del estado de Washington renueve la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.3). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente allí.
- Sea ciudadano de los Estados Unidos o resida legalmente en los Estados Unidos.
- Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Apple Health (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). Para ser elegible para nuestro plan, usted debe estar inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare original y recibir todos los beneficios de Apple Health (Medicaid).

Nota: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la recupere dentro de los 6 meses, entonces aún es elegible para la membresía. En la Sección 2 del Capítulo 4, se le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un periodo considerado de elegibilidad continua.

SECCIÓN 2.2 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. Cada estado decide qué ingresos y recursos se consideran, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y cuál será su costo. Los estados también pueden decidir cómo ejecutar su programa siempre que sigan las pautas federales.

Además, Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos programas de ahorros de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare:** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (En algunos casos, los beneficiarios calificados de Medicare [QMB] también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (SLMB+):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (En algunos casos, los beneficiarios de Medicare con ingreso bajo específico [SLMB] también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).

Sección 2.3 Área de servicio del plan para Dual Complete de CHPW

Dual Complete de CHPW solo está disponible para las personas que viven dentro del área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo dentro del área de servicio de nuestro plan. El área de servicio se describe a continuación:

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Washington: Adams, Asotin, Benton, Chelan, Clallam, Clark, Columbia, Cowlitz, Douglas, Ferry, Franklin, Garfield, Grant, Grays Harbor, Island, Jefferson, King, Kitsap, Kittitas, Klickitat, Lewis, Lincoln, Mason, Okanogan,

Pacific, Pend Oreille, Pierce, San Juan, Skagit, Skamania, Snohomish, Spokane, Stevens, Thurston, Wahkiakum, Walla Walla, Whatcom, Whitman, Yakima.

Si planea mudarse a un nuevo estado, también debe comunicarse con la oficina de Apple Health (Medicaid) de su estado y preguntar cómo afectará esta mudanza a sus beneficios de Apple Health (Medicaid). Los números de teléfono de Apple Health (Medicaid) se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si contamos con un plan en su nueva área. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. El correo de voz está disponible fuera del horario laboral. Todos los mensajes serán respondidos dentro de un día hábil. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas con dominio limitado del inglés. Cuando se mude, tendrá un periodo especial de inscripción para cambiarse a Medicare original o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante que llame al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

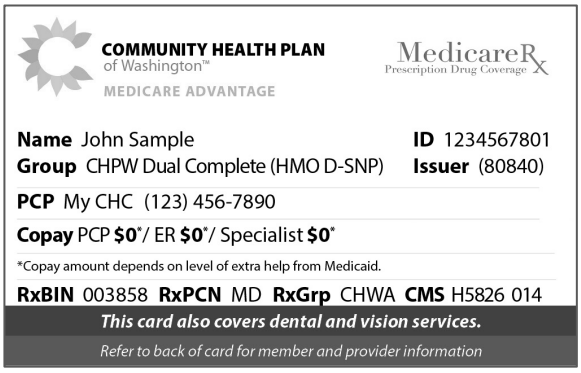
Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Dual Complete de CHPW si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan según este criterio. Dual Complete de CHPW debe cancelar la inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía

Sección 3.1 Tarjeta de membresía de nuestro plan

Use la tarjeta de miembro cada vez que reciba un servicio cubierto por nuestro plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Apple Health (Medicaid) al proveedor. Ejemplo de tarjeta de membresía:



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Dual Complete de CHPW, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios para enfermos terminales o si participa en estudios de investigación clínica, también llamados estudios clínicos, aprobados por Medicare.

Si nuestra tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una nueva. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

Sección 3.2 Directorio de farmacias

En el Directorio de proveedores www.medicare.chpw.org/find-a-doctor/ figuran los proveedores y los distribuidores de equipo médico duradero de la red actuales. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago pleno.

Debe utilizar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si acude a otro lugar sin la autorización adecuada, deberá pagar el costo pleno. 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 de servicio y los casos en los que Dual Complete de CHPW autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.medicare.chpw.org/find-a-doctor.

Si no tiene un Directorio de proveedores, puede solicitar una copia (en forma electrónica o impresa) al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los Directorios de proveedores impresos solicitados se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El directorio de farmacias, www.medicare.chpw.org/find-a-doctor, enumera nuestras farmacias de la red. Las **farmacias de la red** son las farmacias que aceptan surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestros planes. Use el Directorio de farmacias para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.4 del

Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no forman parte de la red de nuestro plan.

Si no tiene un Directorio de farmacias, puede solicitar una copia al Servicio al Cliente 1-800-942-0247, (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.medicare.chpw.org/find-a-doctor.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro 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 en Dual Complete de CHPW. Nuestro plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en el marco del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que hayan sido retirados y reemplazados como se describe en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de Dual Complete de CHPW.

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

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite www.chpw.org/member-center/member-resources/plan-and-coverage/prescription-drug-benefits o llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser inferior a este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener más información.	**$10.50**

	Sus costos en 2026
Monto máximo que paga de su bolsillo Esto es lo máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos De la Parte A y la Parte B. (Para obtener más detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 4).	**$9,250** **No es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.**
Consultas al médico de atención primaria	**$0 por consulta**
Consultas en el consultorio de un especialista	**$0 por consulta**
Hospitalizaciones	**$0 por admisión**
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Para obtener más detalles, consulte la Sección 4 del Capítulo 6).	**De $0 a $615, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las Vacunas de la Parte D para adultos.**

	Sus costos en 2026
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener más detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	**Coseguro durante la etapa inicial De cobertura:** **Nivel 1 de medicamentos (genérico preferido): 25%** **Nivel 2 de medicamentos (genéricos): 25%** **Nivel 3 de medicamentos (marca preferida): 25%** **Excepción de insulina: Usted paga un copago de $35 por suministro para un mes o el 25% de cada producto de insulina cubierto en este nivel, lo que sea menor.** **Nivel 4 de medicamentos (marca no preferida): 45%** **Excepción de insulina: Usted paga un copago de $35 por suministro para un mes o el 25% de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Nivel 5 de medicamentos (especializado) 25%** **Nivel 6 de medicamentos (atención selecta): $0** **Etapa de cobertura en situaciones catastróficas** **Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima de beneficio suplementario opcional (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Monto ajustado mensual relacionado con el ingreso (Sección 4.5)
- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.6)

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. En 2026, la prima mensual del plan Dual Complete de CHPW es de $10.50

Si *ya* está recibiendo ayuda de uno de estos programas, **la información de las primas en esta *Evidencia de cobertura* puede que no se aplique a su caso.** Le enviamos un documento separado, que se denomina *Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos recetados*, también conocida como *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*, que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la *cláusula adicional del LIS.*

En algunos casos, la prima de nuestro plan podría ser menor.

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas se incluyen el programa de “Ayuda Adicional” y los programas estatales de asistencia farmacéutica. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre estos programas. Si reúne los requisitos, la inscripción en uno de estos programas podría reducir la prima mensual del plan.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para las personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte su copia del manual *Medicare y usted 2026* en la sección denominada *Costo de Medicare 2026.* Descargue una copia del sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) o solicite una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, algunos miembros están obligados a pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 (arriba), para ser elegible para nuestro plan, debe seguir cumpliendo con los requisitos de elegibilidad de Apple Health (Medicaid) y,

además, tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Dual Complete de CHPW, Apple Health (Medicaid) paga la prima de la Parte A (si no califica automáticamente) y la prima de la Parte B.

Si Apple Health (Medicaid) no está pagando las primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye la prima de la Parte B. También puede pagar una prima por la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Dado que usted es doblemente elegible, la multa por inscripción tardía (LEP) no se aplica siempre y cuando mantenga su estatus de doble elegibilidad, pero si lo pierde, es posible que deba pagar una LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que haya terminado su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D u otra cobertura para medicamentos acreditable. La cobertura acreditable para medicamentos recetados es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acreditable para medicamentos recetados o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si:

- Recibe Ayuda Adicional de Medicare para poder cubrir los costos de los medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura para medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un exempleador, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos [VA]). Su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le avisarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Puede recibir esta información en una carta o un boletín informativo de ese plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se inscribe, en el futuro, en un plan de medicamentos de Medicare.
    - **Nota:** Cualquier comunicación debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos recetados “acreditable” que se preveía que pagara el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos de Medicare.
    - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos en medicamentos no constituyen cobertura para medicamentos recetados acreditable.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía a la Parte D. Así es cómo funciona:

- En primer lugar, se cuenta la cantidad de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O se cuenta el número de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, el porcentaje de la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2025, el monto promedio de la prima fue de $36.78. Este monto puede cambiar para 2026.
- Para calcular la multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima base nacional del beneficiario y redondee a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% multiplicado por $36.78, lo que es igual a $5.15. Que se redondea en $5.20. Esta suma debe agregarse **a la prima mensual del plan de una persona que debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Tres cosas importantes que debe saber sobre la multa mensual por inscripción tardía a la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año**, ya que la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si es *menor* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía a la Parte D se reajustará cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió, donde se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagaba una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de dicha multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en los ingresos, es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado, tal como se informó en su declaración de impuestos del IRS de 2 años atrás. Si este monto está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si debe pagar un monto adicional de IRMAA, 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 siempre su prima de nuestro 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 monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá su cobertura de medicamentos recetados.**

Si está en desacuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, 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 medicamentos recetados de Medicare

Si está participando en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de nuestro plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de medicamentos recetados (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que usted debe por un medicamento recetado, más el saldo de su mes anterior, dividido por la cantidad de meses que quedan en el año.

La Sección 7 del Capítulo 2 le brinda más información sobre el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos que se indican en el Capítulo 9 para presentar un reclamo o una apelación.

SECCIÓN 5 Más información acerca de su prima mensual del plan

Sección 5.1 Cómo pagar la prima de nuestro plan

Existen cuatro formas para pagar la prima de nuestro plan.

Opción 1: Pago por cheque

Puede decidir pagar la prima mensual directamente a nosotros con un cheque cada mes. Le proporcionaremos un sobre con franqueo pagado. Los pagos vencen el último día del mes. Los pagos a nuestro plan se deben enviar por correo a:

Community Health Plan of Washington Medicare Advantage
P.O. Box 34162
Seattle, WA 98124-1162

Los cheques deben estar a nombre de CHPW Medicare Advantage.

En caso de que no reciba un resumen mensual de nuestro plan, puede ponerse en contacto con el Servicio al cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si su banco nos devuelve el cheque, su prima no se considerará pagada. Le pediremos que pague el monto no abonado más una tarifa de $20 por fondos insuficientes (NSF) respecto del cheque devuelto.

Opción 2: Pague en línea con su tarjeta de crédito o débito.

Puede decidir pagar la prima mensual directamente a nosotros a través de E-Bill Express. E-Bill Express es una herramienta de pago que le permite pagar en línea sus primas mensuales del plan. Puede hacer un único pago o configurar pagos periódicos automáticos. Para obtener más información o para inscribirse en esta opción de pago, ingrese en nuestro sitio web en www.medicare.chpw.org/member-center/member-self-service/pay-your-bills.

Opción 3: Solicite que la prima de nuestro plan se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que la prima del plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima mensual de su plan de esta manera. Con gusto lo ayudaremos a coordinarlo.

Opción 4: Pagar mediante una transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria.

También puede decidir pagar su prima directamente a nuestro plan a través de la EFT automática de su cuenta corriente o de ahorros todos los meses. Los fondos se debitarán de su cuenta. Por lo general, esto se realiza el 5.º día del mes siguiente al inicio de la inscripción.

Si selecciona esta opción, le pediremos que complete un formulario de opción de pago, en el que debe incluir un cheque ANULADO o proporcionarnos el nombre del titular de la cuenta, el número de enrutamiento del banco, el número y tipo de cuenta (corriente o de ahorros). Puede encontrar una copia del Formulario de opción de pago en nuestro sitio web en www.medicare.chpw.org/member- center/member-resources/medicare-plan-documents/. También puede llamar al Servicio al Cliente para solicitar una copia de este formulario. (Los números de teléfono del Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este documento). Si su banco nos devuelve el monto debitado, su prima no se considerará pagada. Le pediremos que pague el monto no abonado más una tarifa de $20 por NSF respecto de la deducción automática de pagos devuelta.

Cómo cambiar la forma en que usted paga la prima. Si decide cambiar la forma de pagar la prima, el nuevo método de pago puede tardar hasta 3 meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que la prima de nuestro plan se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago, complete un Formulario de opción de pago que puede encontrar en nuestro sitio web en www.medicare.chpw.org/member-center/member-resources/medicare-plan-documents/. También puede llamar al Servicio al Cliente para solicitar una copia de este formulario.

El pago de la prima de nuestro plan vence en nuestra oficina antes del último día del mes. Si no recibimos su pago antes del último día del mes, le enviaremos un aviso para informarle que nuestra membresía en el plan finalizará si no recibimos el pago de su prima dentro de los cuatro meses

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos dirigirlo a programas que le ayuden con las primas de nuestro plan.

Si finalizamos su membresía porque no pagó la prima de nuestro plan, tendrá cobertura médica bajo Medicare original. Mientras reciba Ayuda Adicional para pagar los costos de los medicamentos recetados, seguirá con la cobertura de medicamentos de la Parte D. Medicare lo inscribirá en un nuevo plan de medicamentos recetados para su cobertura de la Parte D.

Si considera que su membresía fue cancelada por error, puede presentar una queja (también denominada reclamo). Si tuvo una circunstancia de emergencia que no pudo controlar y que le impidió pagar la prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, volveremos a revisar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja o llámenos al 1-800-942-0247 de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su queja antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

Sección 5.2 La prima mensual del plan no cambiará durante el año

No podemos cambiar el monto de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

Si comienza a ser elegible para recibir Ayuda Adicional o pierde la elegibilidad para la Ayuda Adicional durante el año, es posible que cambie la parte de la prima del plan que tiene que pagar. Si califica para recibir Ayuda Adicional para los costos de su cobertura de medicamentos, esta paga parte de la prima mensual de su plan. Si pierde la elegibilidad para recibir Ayuda Adicional durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual completa del plan. Obtenga más información sobre la Ayuda Adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado el registro de membresía de nuestro plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber cuáles son los servicios y medicamentos cubiertos, y los montos de costos compartidos**. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Si tiene alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (por ejemplo, de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, la compensación laboral o Apple Health (Medicaid).
- Demandas de responsabilidad civil, por ejemplo por un accidente automovilístico.
- Si lo admiten en un hogar de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No es necesario informarle a nuestro plan acerca de los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo recomendamos que haga).

Si hay algún cambio en esta información, comuníquese con el Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para informarlo. Los miembros

pueden actualizar su nombre, dirección o número de teléfono en línea en www.mychpw.chpw.org/en/member.

También es importante que se ponga en contacto 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 deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para poder coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios en virtud de nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con una lista de cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que conozcamos. Léala detenidamente. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no se menciona, llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que sus otras aseguradoras le soliciten el número de identificación de miembro de nuestro plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como la cobertura médica grupal de un empleador), las normas de Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga (el "pagador principal") paga hasta el máximo de su cobertura. El seguro que paga en segundo término, denominado "pagador secundario", solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar 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 empleador o sindicato:

- Si tiene una cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en el empleo actual de su familiar, quien paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si usted tiene Medicare según la edad, la discapacidad o la enfermedad renal terminal (ESRD):
    - Si tiene menos de 65 años y es discapacitado, y usted o el miembro de su familia sigue trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados, o si un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
    - Si tiene más de 65, y usted o su cónyuge o pareja de hecho sigue trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados, o si un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.

- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los 30 primeros meses después de que sea elegible para Medicare.

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 de pulmón negro
- Seguro de compensación laboral

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

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Dual Complete de CHPW

Para obtener ayuda con las reclamaciones, la facturación o las preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio al Cliente de Dual Complete de CHPW. Con gusto lo ayudaremos.

Información de contacto del Servicio al Cliente	
Llame al	1-800-942-0247 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas con dominio limitado del inglés.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
Fax	1-206-652-7050
Correo postal	Community Health Plan of Washington Attn: CHPW Medicare Advantage 1111 3rd Ave, Suite 400 Seattle, WA 98101
Sitio web	www.medicare.chpw.org

Cómo solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su cuidado médico

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones relacionadas con su cuidado médico o sus medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Información de contacto para decisiones de cobertura sobre la atención médica	
Llame al	1-800-942-0247 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. El correo de voz está disponible fuera del horario laboral. Todos los mensajes serán respondidos dentro de un día hábil. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas con dominio limitado del inglés.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
Fax	1-206-652-7050
Correo postal	Community Health Plan of Washington Attn.: CHPW Medicare Advantage 1111 3rd Ave, Suite 400 Seattle, WA 98101
Sitio web	www.medicare.chpw.org

Apelaciones rápidas y estándar para atención médica	
Llame al	1-800-942-0247 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
Fax	Apelaciones estándar: 1-206-652-7010 Apelaciones rápidas: 1-206-652-7011
Correo postal	Community Health Plan of Washington Attn.: CHPW Medicare Advantage Appeals 1111 3rd Ave, Suite 400 Seattle, WA 98101

Información de contacto para decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D	
Llame al	1-844-605-8168, opción 0. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestros horarios son las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-800-899-2114 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestros horarios son las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	1-877-251-5896
Correo postal	Express Scripts Attn: Medicare Reviews P.O. Box 66571 St. Louis, MO 63166-6571
Sitio web	www.Express-scripts.com

Información de contacto para apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D	
Llame al	1-800-942-0247 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
Fax	1-206-652-7010
Correo postal	Community Health Plan of Washington Attn: CHPW Medicare Advantage Appeals 1111 3rd Ave, Suite 400 Seattle, WA 98101

Cómo presentar una queja sobre su cuidado médico

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluidas las quejas sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no se relaciona con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado médico, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre atención médica o medicamentos de la Parte D: información de contacto	
Llame al	1-800-942-0247 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
Fax	206-652-7011
Correo postal	Community Health Plan of Washington Attn: CHPW Medicare Advantage Grievance and Appeals 1111 3rd Avenue, Suite 400 Seattle, WA 98101
SITIO WEB DE MEDICARE	Para presentar una queja sobre Dual Complete de CHPW directamente a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o de un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó servicios (como una factura del proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un 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	
Llame al	1-800-942-0247 Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
Fax	206-652-7050
Correo postal	Envíe por correo las reclamaciones por servicios médicos a la siguiente dirección: Community Health Plan of Washington Attn: Medicare Advantage Claims P.O. Box 269002 Plano, TX 75026-9002 Envíe preguntas sobre reclamaciones al Servicio al Cliente a la siguiente dirección: Community Health Plan of Washington Attn: CHPW Medicare Advantage 1111 3rd Avenue, Suite 400 Seattle, WA 98101-8834
Sitio web	www.medicare.chpw.org

Solicitudes de pago de Delta Dental of Washington: información de contacto	
Llame al	(833) 527-8090 El horario es de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 5:00 p.m. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	Marque 711 y solicite comunicarse con Delta Dental of Washington al 833-527-8090. Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. El horario es de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 5:00 p.m. Las llamadas a este número son gratuitas.
Correo postal	Envíe por correo las reclamaciones por servicios dentales complementarios a la siguiente dirección: Delta Dental of Washington PO Box 75983 Seattle WA 98175-0983
Sitio web	www.DeltaDentalWA.com

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 son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Información de contacto de Medicare	
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. La atención es durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

Correo postal	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes médicos y de medicamentos de Medicare en su área, incluido su precio y los servicios que ofrecen. • Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica participantes en Medicare. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inyecciones o vacunas, y consultas anuales de "bienestar"). • Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare. • Obtener información sobre la calidad de la atención brindada por los planes, hogares de convalecencia, hospitales, médicos, agencias de cuidado médico en el hogar, centros de diálisis, centros de hospicio, centros de rehabilitación con hospitalización y servicios hospitalarios de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar www.Medicare.gov para informarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre Dual Complete de CHPW. **Para presentar una queja ante Medicare,** ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Washington, el SHIP se denomina Asesores de Beneficios de Seguros Médicos en Todo el Estado (SHIBA).

El SHIBA es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento sobre seguros médicos locales gratuitos a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del SHIBA pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento y solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del SHIBA también pueden ayudarlo con preguntas o problemas de

Medicare y ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Información de contacto de Asesores de Beneficios de Seguros Médicos en todo el Estado (SHIBA) (el SHIP de Washington)	
Llame al	1-800-562-6900
TTY	1-360-586-0271 (TDD) Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
Correo postal	SHIBA Office of the Insurance Commissioner P.O. Box 40255 Olympia, WA 98504-0255
Sitio web	www.insurance.wa.gov/statewide-health-insurance-benefits-advisors-shiba

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO)

Una organización para la mejora de la calidad (QIO) designada presta servicios a las personas con Medicare en cada estado. Para Washington, la organización para la mejora de la calidad se denomina Acentra Health.

Acentra Health cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que Medicare les paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Comuníquese con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de problemas relacionados con la calidad de la atención médica son obtener el medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Cree que la cobertura para su atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finaliza demasiado pronto.

Información de contacto de Acentra Health (organización para la mejora de la calidad de Washington)	
Llame al	1-888-305-6759, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes, de 10:00 a.m. a 4:00 p.m., fines de semana y feriados.
TTY	855-843-4776 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
Correo postal	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
Sitio web	www.acentraqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por la cobertura para medicamentos de la Parte D por tener ingresos más elevados. Si recibió una carta del Seguro Social donde se le informa que debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un hecho significativo en su vida, puede ponerse en contacto con el 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	
Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Utilice los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes.
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 pueden ser elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Los programas ofrecidos a través de Apple Health (Medicaid) ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos programas de ahorros de Medicare incluyen lo siguiente:

- Beneficiario calificado de Medicare: Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (En algunos casos, los beneficiarios calificados de Medicare [QMB] también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).

- Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (SLMB+): Ayuda a pagar las primas de la Parte B y también es elegible para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+).

Si tiene preguntas sobre la asistencia que usted recibe de Apple Health (Medicaid), comuníquese con la Autoridad de atención médica (HCA) del estado de Washington.

Autoridad de Atención Médica (programa Medicaid de Washington): información de contacto	
Llame al	1-800-562-3022 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
Correo postal	Health Care Authority P.O. Box 45531 Olympia, WA 98504-5505
Sitio web	www.hca.wa.gov

La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. Pueden ayudarle a presentar una queja o una apelación con nuestro plan.

Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington: información de contacto	
Llame al	1-800-562-6900
TTY	360-586-0241 (TDD) Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
FAX	360-664-2782
Correo postal	Washington State Office of the Insurance Commissioner P.O. Box 40255 Olympia, WA 98504-0257 Insurance.wa.gov
Sitio web	www.insurance.wa.gov

El Programa del Defensor de Derechos de Atención a Largo Plazo del estado de Washington ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de ancianos y resolver problemas entre hogares de ancianos y residentes o sus familiares.

Programa del Defensor de Derechos de Atencióna Largo Plazo del estado de Washington: información de contacto	
Llame al	1-800-562-6028 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:30 p.m.
TTY	1-800-737-7931 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
Correo postal	State Long-Term Care Ombudsman 1200 S 336th St Federal Way, WA 98003
Sitio web	www.waombudsman.org

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar por medicamentos recetados

El sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) contiene información sobre maneras de reducir los costos de sus medicamentos recetados. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda Adicional de Medicare.

Debido a que es elegible para Apple Health (Medicaid), reúne los requisitos para Ayuda Adicional de Medicare y recibe esta ayuda para pagar los costos del plan de medicamentos recetados. No debe realizar nada más para recibir esta Ayuda Adicional.

Si tiene preguntas sobre la "Ayuda Adicional", llame:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a.m. y las 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- A la oficina de Medicaid de su estado al 1-800-562-3022.

Si cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarle a obtener evidencia de su monto de copago correcto. Si ya tiene pruebas de la cantidad correcta, podemos ayudarle a compartirla con nosotros.

- Para determinar el nivel correcto de cobertura de "Ayuda Adicional", nos basamos en las pautas sobre la mejor evidencia disponible (BAE) de Medicare. Si Medicare y los sistemas del plan no reflejan su condición de "Ayuda Adicional", posiblemente se le pida que brinde documentación para verificarla. Algunos tipos aceptables de documentación incluyen los siguientes:
    - Carta de aprobación de la Administración del Seguro Social (SSA)
    - Aviso de aprobación
    - Seguridad de Ingreso Suplementario
- Si no tiene la documentación requerida, pero cree que es elegible para recibir la "Ayuda Adicional", le podemos ayudar a completar una solicitud ante los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Para obtener ayuda con este proceso, llame al Servicio al Cliente. Cuando recibamos las pruebas que demuestren el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto de copago correcto cuando surta su próxima receta. Si paga más que el copago, le reembolsaremos la diferencia, ya sea mediante cheque o un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene preguntas, llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Qué ocurre si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica?

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar los medicamentos recetados, las primas de los planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si se inscribe en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

En Washington, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Consorcio de Seguros Médicos del Estado de Washington (WSHIP).

¿Qué sucede si tiene Ayuda Adicional y cobertura del Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El ADAP ayuda a las personas que tienen VIH/SIDA a acceder a los medicamentos vitales para el VIH. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos a través del Programa de Intervención Temprana (EIP).

Nota: Para ser elegible para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado y de estado de sin seguro o infraseguro. Si cambia de plan, notifíquele al encargado de inscripción local del ADAP para que usted pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al EIP al número gratuito 1-877-376-9316, envíe un fax al 1-360-664-2216 o por correo electrónico a Ask.EIP@doh.wa.gov.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

En muchos estados existen programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados según la necesidad económica, la edad, la afección médica o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

En el estado de Washington, el programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Consorcio de Seguros Médicos del Estado de Washington (WHIP).

Información de contacto del Consorcio de Seguros Médicos del Estado de Washington (WSHIP)	
Llame al	1-888-277-9135 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
Correo postal	Beneficios de 90 grados- WSHIP P.O. Box 21548 Eagan, MN 55121
Sitio web	www.wship.org

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 de medicamentos actual para ayudarlo a administrar los gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo **del año calendario** (de 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 usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra 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 participación se renovará automáticamente para 2026.** La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que califican, es más conveniente que la participación en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare: información de contacto	
Llame al	1-866-845-1803 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestros horarios son las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-800-716-3231 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas y cuentan con servicios gratuitos de interpretación para personas con dominio limitado del inglés. Los horarios son las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Correo postal	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan P.O. Box 2 St. Louis, MO 63166
Sitio web	www.express-scripts.com/mppp

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (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 recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, comuníquese con la agencia.

Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB): información de contacto	
Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Presione “1” para acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	www.RRB.gov

CAPÍTULO 3:
Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener atención médica cubierta. Para obtener más información sobre la atención médica que cubre nuestro plan, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y los servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de atención médica 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 como pago completo. Acordamos con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan a usted. Cuando acude a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los equipos de suministros y los medicamentos recetados que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para que su atención médica esté cubierta por nuestro plan

Como un plan de salud de Medicare, Dual Complete de CHPW debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare original y puede ofrecer otros servicios además de los que cubre Medicare original.

Dual Complete de CHPW cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que recibe está incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.

- **La atención que reciba se considera médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
    - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá autorizarlo con antelación (una referencia) antes de que pueda consultar a otros proveedores de la red de nuestro plan, tales 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.
    - No necesita referencias de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios de urgencia. Para obtener más información sobre otros tipos de cuidado que puede recibir sin la aprobación previa de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir la atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que usted debe pagarle al proveedor el costo total de los servicios que recibe. Existen tres excepciones:
    - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué son los servicios de emergencia o urgencia, consulte la Sección 3.
    - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red de servicio que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. En este caso, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
    - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de prestación de servicios del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no puede comunicarse. El costo compartido que usted paga por nuestro plan por diálisis nunca puede superar el costo compartido en Medicare original. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, sus costos compartidos no pueden ser más altos que los costos compartidos que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted decide obtener servicios dentro del área de prestación de servicios de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, el costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

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

Sección 2.1 Debe elegir a un PCP para que brinde y supervise su atención

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

Consultará a un PCP para recibir atención básica y de rutina. Su relación con su PCP es importante y clave para mantener su salud y para recibir la atención médica apropiada. Su PCP puede ser un médico, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención médica

que cumpla con los requisitos estatales y de Medicare y que esté capacitado para brindarle atención médica básica.

- Atención preventiva y de rutina
- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- Atención de seguimiento

Si necesita atención de un especialista o de otro proveedor, su PCP le ayudará a encontrar el proveedor correcto y a coordinar su atención. La coordinación de los servicios que usted recibe incluye verificar la atención que recibe o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención. Para algunos servicios, es posible que necesite una derivación de su PCP o una autorización de nuestro plan antes de obtenerlos. La autorización previa es una aprobación que debe obtener antes de recibir ciertos tratamientos, servicios, equipos médicos o determinados medicamentos. Su proveedor tratante enviará solicitudes de autorización previa en su nombre al plan de salud.

Cómo elegir un PCP

Puede elegir un PCP de la lista de la red de Dual Complete de Community Health Plan of Washington en el Directorio de proveedores de atención primaria y hospitales. Le recomendamos especialmente que elija a un PCP que satisfaga sus necesidades de atención médica especiales y al que sea fácil llegar. Debe acudir a su PCP para recibir atención preventiva de rutina y debe establecer una buena relación con su PCP antes de que necesite atención médica de consideración.

Para buscar un PCP en línea, ingrese en nuestro sitio web en www.medicare.chpw.org/find-a-doctor. También puede consultar o descargar el Directorio de proveedores de atención primaria y hospitales en www.medicare.chpw.org/find-a-doctor/.

Para seleccionar a su PCP, puede pedir ayuda al Servicio al Cliente llamando al 1-800-942-0247 (TTY de retransmisión: marque 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. El correo

de voz está disponible fuera del horario laboral. Todos los mensajes serán respondidos dentro de un día hábil.

El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas con dominio limitado del inglés. También puede solicitar el nombre, el título y las calificaciones profesionales y académicas de cualquier médico de la red.

¿Cómo cambiar su PCP?

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP deje de formar parte de la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso tendrá que elegir uno nuevo.

En la mayoría de los casos, el cambio de PCP no entrará en vigencia hasta el primer día del mes siguiente. Si está consultando a algún especialista o está recibiendo servicios cubiertos que requieren la autorización de su PCP (por ejemplo, servicios de atención médica a domicilio o equipo médico duradero), Servicio al Cliente puede ayudarlo a obtener las autorizaciones y las derivaciones de su nuevo PCP. También verificará que el nuevo PCP que desea acepte a nuevos pacientes. El Servicio al Cliente anotará el nombre del nuevo PCP en su registro de miembro y le confirmará cuándo el cambio entrará en vigencia.

Sección 2.2 Atención médica que puede recibir sin una referencia del PCP

Puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin tener la aprobación de su PCP por adelantado.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la influenza, contra el COVID-19, contra la hepatitis B y contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios cubiertos por el plan que se necesitan con urgencia son aquellos que requieren atención médica inmediata (pero no son 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 los proveedores de la red. Los ejemplos de servicios de urgencia incluyen enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran necesarias de forma urgente, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro 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 prestación de servicios de nuestro plan. Si es posible, comuníquese con el Servicio al cliente al 1-800-942-0247. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de prestación de servicios para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de prestación de servicios.
- Determinados servicios dentales integrales y complementarios (consulte “Servicios dentales [complementarios]” en la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2 del Capítulo 4).
- Determinados beneficios de la visión (consulte “Cuidado de la visión [complementario]” en la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2 del Capítulo 4).
- Beneficios complementarios de salud y bienestar (consulte “Salud y bienestar” en la Tabla de beneficios médicos, Sección 2 del Capítulo 4).

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Existen muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- 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.
- Los beneficios se proporcionan para los servicios de atención médica médicamente necesarios solo cuando su PCP, junto con CHPW, brinda o coordina los servicios. Su PCP le brindará la mayor parte de su atención médica y, cuando sea médicamente apropiado, lo derivará a un especialista de la red de CHPW.
- Los servicios como procedimientos quirúrgicos opcionales, hospitalizaciones y atención de enfermería especializada deben estar aprobados por CHPW antes de recibir la atención. El proveedor que le brinda atención es responsable de obtener la aprobación de CHPW para estos servicios.
- Si existe un especialista u hospital que desee utilizar, compruebe primero que su PCP realice derivaciones a ese especialista o utilice ese hospital. Consulte la Sección 2 del Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa. También puede consultar la Lista de autorización previa en línea en www.medicare.chpw.org/provider-center/prior-authorization/ para obtener una lista completa de los servicios que requieren aprobación por adelantado o llamar al Servicio al

Cliente. Si no obtiene una derivación o la autorización previa antes de recibir los servicios, es posible que deba pagar el costo de esos servicios.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en nuestro plan

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista se retira de nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, Medicare requiere que tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará el plan, para que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si ha acudido a ese proveedor en los últimos 3 años.
    - Si cualquiera de sus otros proveedores se retira de nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a este proveedor, si actualmente recibe atención de dicho proveedor o si lo ha visitado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor dentro de la red calificado para que continúe recibiendo cuidado.
- Si está bajo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar seguir recibiendo el tratamiento o la terapia médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo cuidado.
- Le daremos información sobre los periodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores 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. Comuníquese con el Servicio al Cliente para saber si necesita autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que le podamos ayudar a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior, o que su cuidado no se maneja de forma adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad del cuidado médico ante la QIO, un reclamo sobre la calidad del cuidado médico ante nuestro plan, o ambos (consulte el Capítulo 9).

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

Por lo general, CHPW no permite un beneficio fuera de la red. Las excepciones se enumeran a continuación. Usted será responsable financieramente de cualquier otro servicio fuera de la red.

- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no son accesibles, o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de prestación de servicios. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y son médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Llame al Servicio al Cliente antes de salir del área de prestación de servicios para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de prestación de servicios. Los números de teléfono del Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este documento.
- Cuando no se encuentra disponible un especialista y usted obtiene una referencia de su PCP para un especialista fuera de la red. Es **posible** que usted necesite una derivación aprobada por el plan.

En las ocasiones en las que se requiera una referencia aprobada por el plan, su PCP debe presentar una solicitud ante CHPW para su aprobación. De aprobarse, CHPW le enviará una carta con el nombre del proveedor, el plazo de aprobación y la cantidad de consultas o servicios aprobados.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención médica

Sección 3.1 Obtener atención ante una emergencia médica

Una **"emergencia médica"** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo no nacido), la pérdida de un miembro o la función de un miembro o la pérdida o el deterioro grave a una función del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Si la necesita, llame para pedir una ambulancia. No

es necesario que primero obtenga la aprobación o una referencia del PCP. No necesita acudir a un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forman parte de nuestra red. Nuestro plan cubre servicios de emergencia o de urgencia limitados fuera de los Estados Unidos. Para obtener más información, consulte "Servicios de emergencia o de urgencia en todo el mundo" en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento.

Servicios cubiertos en caso de 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 servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza su estado y finaliza la emergencia médica.

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

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar para que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan. Comuníquese con el Servicio al Cliente para ayudarlo a coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención.

¿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 no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, si el médico sostiene que no se trató de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de uno de estos 2 modos:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- La atención adicional que recibe se considera de servicios de urgencia y usted sigue las normas a continuación para obtener esta atención de urgencia.

Sección 3.2 Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) es un servicio de urgencia 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 los proveedores de la red. Los ejemplos de servicios de urgencia incluyen enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran necesarias de forma urgente, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Si ocurre una situación médica urgente, puede ponerse en contacto su PCP. Algunos proveedores ofrecen citas para atención de urgencia en el día y varios proveedores están asociados con centros de atención de urgencia. La Línea para asesoramiento de enfermería las 24 horas se encuentra disponible en el número 1-866-418-2920 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas. El correo de voz está disponible fuera del horario laboral. Todos los mensajes serán respondidos dentro de un día hábil. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas con dominio limitado del inglés.

Si considera que necesita atención de emergencia, llame al 911 de inmediato.

Nuestro plan cubre los servicios de emergencia y de atención de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos, y el transporte de emergencia recibido fuera de los EE. UU. y sus territorios hasta un límite de cobertura del plan de $25,000 por año.

Sección 3.3 Obtenga atención durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de nuestro plan.

Visite www.chpw.org/member-center/public-health-news/ para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

Si pagó servicios cubiertos o recibe una factura por servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

Dual Complete de CHPW cubre todos los servicios médicamente necesarios como se enumera en la tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, o si recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite para los beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El pago de los costos una vez que se llegue al límite del beneficio no se tendrá en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 5 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 *estudio clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, como comprobar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Determinados estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. En los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente se solicita la participación de voluntarios en el estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare original paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que está en un estudio clínico calificado, entonces usted es responsable de pagar el costo compartido dentro de la red por los servicios en ese estudio. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Medicare original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionar documentación para mostrarnos cuánto pagó.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos lo comunique o que nosotros o su PCP lo aprobemos. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un registro o ensayo clínico para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de excepción de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

Si bien no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique por adelantado cuando elija participar en estudios clínicos calificados de Medicare.

Si participa en un estudio no aprobado, será responsable de pagar todos los costos por su participación en el estudio.

Sección 5.2 Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare original cubre los artículos y servicios de rutina que recibe 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 de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Medicare original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe enviar documentación que demuestre el monto del costo compartido que pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

> *Ejemplo de costos compartidos en un ensayo clínico:* Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100, como parte del estudio de investigación. Tiene que pagar $20 como su parte de los costos para este análisis según Medicare original, pero el análisis sería de $10 conforme a nuestro plan. En este caso, Medicare original pagaría $80 por el análisis y usted pagaría el copago de $20 requerido por Medicare original. Debe notificar a nuestro plan que recibió un servicio de un ensayo clínico calificado y enviar la documentación (como una factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan le pagaría

a usted $10 directamente. Esto hace que su pago neto por la prueba sea de $10, la misma cantidad que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

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

- Por lo general, Medicare no pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho producto o servicio, incluso si usted no participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recopilar 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 requeriría una sola tomografía.
- Los productos y servicios que se ofrecen por los patrocinadores de investigación son gratuitos para cualquier persona en el ensayo.

Obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica

Para obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica, consulte la publicación de Medicare *Medicare y los estudios de investigación clínica,* disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un establecimiento que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se cubrirá 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 sanitaria no médica).

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

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

- La atención o el tratamiento médico **no exceptuado** corresponde a la atención o el tratamiento médico *voluntario* y que *no es obligatorio* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médico **exceptuado** corresponde a la atención o el tratamiento médico que *no* se considera voluntario o que *es obligatorio* 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.
- Nuestro plan solo cubre aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
    - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados 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.

Se aplicarán los límites de cobertura por ingresos hospitalario de Medicare. Esto significa que la cobertura regular finaliza después del día 90. Después del día 90, comienza a utilizar los 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado los 60 días adicionales, la cobertura para pacientes internados estará limitada a 90 días. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para obtener más información.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 No será propietario de algunos equipos médicos duraderos después de realizar un determinado número de pagos realizados en virtud de nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas eléctricos de colchones, muletas, suministros para personas con diabetes, dispositivos de generación del habla, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas de hospital indicadas por un proveedor para que los miembros usen en el hogar. El miembro siempre es propietario de algunos artículos de DME, como las prótesis. Hay otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de realizar copagos del artículo durante 13 meses. **Como miembro de Dual Complete de CHPW, por lo general no obtendrá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No obtendrá la propiedad, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Medicare original antes de inscribirse en nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos a usted la propiedad de un artículo de DME. Llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (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 cambia a Medicare original?

Si no obtuvo la posesión del DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare original para tener la posesión del artículo de DME. Los pagos que hizo mientras estuvo inscrito en nuestro plan no se tienen en cuenta para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que realizó en Medicare original no cuentan.

Ejemplo 2: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare original y luego se inscribió en nuestro plan. No adquirió la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego vuelve a Medicare original. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se inscriba en Medicare original nuevamente. Cualquier pago que ya haya hecho (ya sea a nuestro plan o a Medicare original) no se tiene en cuenta.

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

Si reúne los requisitos para recibir la obertura de equipos de oxígeno de Medicare, Dual Complete de CHPW cubrirá lo siguiente:

- Alquiler del 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 deja Dual Complete de CHPW o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, este se debe devolver.

¿Qué sucede si deja nuestro plan y regresa a Medicare original?

Medicare original requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted 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 cinco años, puede elegir permanecer con la misma compañía o cambiarse a otra compañía. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma compañía, y nuevamente se le exige que pague los copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

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

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos como miembro de Dual Complete de CHPW. En esta sección, también se brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

Sección 1.1 No pagará nada por los servicios cubiertos

Dado que recibe ayuda de Apple Health (Medicaid), no paga nada por los servicios cubiertos, siempre y cuando siga las reglas de nuestros planes para recibir atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas de nuestros planes para recibir atención).

Tipos de costos de bolsillo que es posible que deba pagar por los servicios cubiertos:

- **Deducible:** el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- Un **copago** es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se realiza en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre su coseguro).

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

Nota: Debido a que nuestros miembros también obtienen ayuda de Apple Health (Medicaid), muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo. No será responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

En los planes Medicare Advantage, hay un límite en el monto que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. A este límite se lo llama monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por los servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el MOOP es $9,250.**

Los montos que paga por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que usted paga por los medicamentos de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de $9,250, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (salvo que la pague Apple Health (Medicaid) u otro tercero).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de Dual Select de CHPW, tiene una protección importante dado que solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, llamados **facturación de 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.

Así es como funciona la protección contra la facturación de saldos:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces 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, debe pagar el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una referencia o para servicios de urgencia o emergencias).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una referencia o para servicios de urgencia o emergencias fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y los costos

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que Dual Complete de CHPW cubre (la cobertura para medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesarios significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el que el nuevo plan de MA no puede requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso del tratamiento era para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe atención por parte 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 sea atención de emergencia o de urgencia, o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le hayan proporcionado una referencia. Esto significa que usted le paga al proveedor el costo total de los servicios fuera de la red que recibe.
- Usted tiene un PCP que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deberá autorizarlo con antelación (una referencia) antes de que consulte a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con un asterisco.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Tiene cobertura tanto de Medicare como de Apple Health (Medicaid). Medicare cubre atención médica y medicamentos recetados. Apple Health (Medicaid) cubre su costo compartido por los servicios de Medicare.

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare original. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare original, consulte su manual *Medicare y usted 2026*. Consúltelo en línea en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio nuevo durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- CHPW integra Medicare y Apple Health (Medicaid) al proporcionar un único punto de contacto para ambos programas a través de nuestro plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP). Nuestro plan D-SNP incluye todos los beneficios de Medicare, como la atención primaria, la atención por enfermedades agudas y la atención hospitalaria, así como una amplia gama de beneficios de Apple Health (Medicaid). En el caso de los servicios no cubiertos (o solo parcialmente cubiertos) por Medicare, los miembros pueden recibir cobertura adicional a través de Apple Health (Medicaid), según su nivel de ingresos y su elegibilidad para Apple Health (Medicaid).
- Si se encuentra en nuestro período de 6 meses de supuesta elegibilidad continua, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos en el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, continuaremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Los montos de costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante los requisitos del período descritos anteriormente.

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

Información importante sobre beneficios para personas inscritas con afecciones crónicas

- Si se le diagnostica alguna de las condiciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.
    - Enfermedades autoinmunes
        - Poliarteritis nudosa
        - Polimialgia reumática
        - Polimiositis
        - Artritis reumatoide
        - Lupus eritematoso sistémico

- Cáncer
- Trastornos cardiovasculares
  - Arritmias cardíacas
  - Arteriopatía coronaria
  - Enfermedad vascular periférica
  - Trastornos tromboembólicos venosos crónicos
- Trastornos crónicos por consumo de alcohol y sustancias
- Enfermedad pulmonar crónica
  - Asma
  - Bronquitis crónica
  - Enfisema
  - Fibrosis pulmonar
  - Hipertensión pulmonar
- Trastornos de salud mental crónicos e incapacitantes
  - Trastornos bipolares
  - Trastornos depresivos complejos
  - Trastorno paranoico
  - Esquizofrenia
  - Trastorno esquizoafectivo
- Demencia
- Diabetes mellitus
- Insuficiencia cardíaca
- VIH/SIDA
- Enfermedad hepática terminal
- Enfermedad renal en etapa terminal
- Trastornos neurológicos
  - Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
  - Epilepsia
  - Parálisis generalizada (es decir, hemiplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía)
  - Enfermedad de Huntington

        - Esclerosis múltiple
        - Enfermedad de Parkinson
        - Polineuropatía
        - Estenosis espinal
        - Déficit neurológico relacionado con un accidente cerebrovascular
    - Trastornos hematológicos graves
        - Anemia aplásica
        - Hemofilia
        - Púrpura trombocitopénica inmune
        - Síndrome mielodisplásico
        - Enfermedad de células falciformes (excepto el rasgo de células falciformes)
    - Accidente cerebrovascular
- Además de un diagnóstico de una de las condiciones crónicas enumeradas anteriormente, debe haber experimentado una o más de las siguientes:
    - Tiene un patrón de múltiples hospitalizaciones o consultas a la sala de emergencias durante el último año.
    - Uso frecuente de los servicios de emergencia, especialmente cuando se combinan con necesidades de salud conductual.
    - Consultas regulares a múltiples especialistas, lo que indica necesidades de atención complejas.
- Revisaremos su elegibilidad anualmente para asegurarnos de que califique para el beneficio. Le ayudaremos a acceder a estos beneficios. Puede llamar a Administración de Atención Médica de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. al 1-866-418-7005 para iniciar su solicitud u obtener información adicional.
- Para obtener más detalles, consulte la fila Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos en la Tabla de beneficios médicos a continuación.
- Contáctenos para averiguar exactamente para qué beneficios usted puede ser elegible.

Información importante sobre los beneficios para los afiliados que califican para los programas de Health Homes:

- El programa Health Homes es para los afiliados que califiquen con afecciones complejas y necesidades de alto servicio. Según lo definido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), los servicios de salud en el hogar incluyen seis servicios específicos más allá de la atención clínica habitual:

- Administración integral de la atención
- Coordinación de la atención
- Atención de transición y seguimiento
- Apoyo familiar y al paciente
- Derivación a servicios de apoyo comunitario
- Promoción de la salud

- Los servicios de Health Homes pueden ser proporcionados en centros de atención primaria y a través de organizaciones basadas en la comunidad, según las necesidades de atención en particular de un afiliado.
- Para aquellos que se unan a Medicare Advantage, es posible que ya hayan estado involucrados en el programa Health Homes. El programa también se ofrece a personas con Apple Health (Medicaid) o una cobertura dual con Apple Health (Medicaid) y Medicare que padecen ciertas afecciones crónicas.
- Para quienes se inscriban en Dual Complete de CHPW y estén involucrados activamente en Health Homes a través de uno de estos programas en el momento de la inscripción, CHPW continuará su programa. Nuestros servicios de Health Homes son proporcionados por una red establecida y creciente de organizaciones de coordinación de la atención en todo el estado de Washington.
- Para obtener más información, comuníquese con el Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. El correo de voz está disponible fuera del horario laboral. Todos los mensajes serán respondidos dentro de un día hábil. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas con dominio limitado del inglés.

Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su médico, auxiliar médico, profesional de enfermería o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Se brinda cobertura para hasta 12 consultas 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 aquellos pacientes que manifiesten 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 para el proveedor:** Un médico (según se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [la Ley]) debe proporcionar los servicios de acupuntura según los requisitos aplicables del estado. Un asistente médico (PA), un profesional en enfermería (NP)/especialista en enfermería clínica (CNS) (según se identifica en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar deben proporcionar los servicios de acupuntura si cumplen todos los requisitos aplicables del estado y tienen lo siguiente: • Un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una universidad acreditada por la Comisión de acreditación de acupuntura y medicina oriental (ACAOM).	$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare. Consulte “Salud y bienestar (complementario)” para recibir servicios de acupuntura adicionales cubiertos.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (continuación) • Una autorización vigente, total, activa e ilimitada para ejercer acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (p. ej., Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione servicios de acupuntura debe hacerlo bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS según lo requieren las reglamentaciones de las secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR).	
Servicios de ambulancia* Los servicios de ambulancia cubiertos, sean por una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son de emergencia, debe documentarse que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. ***Excepto en caso de emergencia, es posible que se apliquen normas de autorización previa.**	$0 de copago por cada viaje de ida o de vuelta cubierto por Medicare. Los servicios de ambulancia que no sean de emergencia incluyen solo servicios cubiertos por Medicare. Consulte “Transporte (complementario)” para ver los beneficios de transporte adicionales 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 desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. No obstante, no es necesario haber realizado la consulta *Bienvenido a Medicare* para estar cubierto para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Medición de la masa ósea* Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte de un médico. ***Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.**	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 los siguientes: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de detección 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 completos de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una derivación del médico. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. ***Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.**	$0 de copago por cada consulta de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.
Consulta para disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir la presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que esté comiendo de manera saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de la terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de padecer enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares que tienen cobertura una vez cada cinco años.
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha tenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou dentro los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de atención quiropráctica* Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxación. **Servicios de quiropraxia (complementarios)** Consulte "Salud y bienestar" para conocer los servicios de quiropráctica de rutina adicionales cubiertos. ***Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.**	$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare. Usted no paga nada por cada visita de quiropráctica de rutina complementaria cubierta hasta alcanzar el máximo del plan. Las radiografías realizadas por quiroprácticos no están cubiertas. Usted pagará los costos de estos servicios.
Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, la administración de medicamentos, y la coordinación y planificación de la atención.	Copago de $0 por Manejo del dolor crónico cubierto por Medicare, y servicios de tratamiento. El costo compartido para este servicio variará en función de los servicios individuales prestados durante el tratamiento.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertas las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite mínimo o máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes con alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de haberse realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes con alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en la materia fecal para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y elimina un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en un examen de diagnóstico. Para las colonoscopias de diagnóstico, consulte “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios” y “Cirugía para pacientes ambulatorios, que incluye los servicios brindados en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios”. Suministros de colonoscopía de farmacia y preparación no están cubiertos por este beneficio. Si se brindan servicios adicionales por favor consulte “Médico/Servicios de profesionales”.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento si la prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare arrojó un resultado positivo. • Las pruebas de detección de 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 detección, como resultado de ella y en el mismo encuentro clínico que ella.	
Servicios dentales En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare original. Sin embargo, Medicare cubre los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, en particular, cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Entre los ejemplos se incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecten la mandíbula, o exámenes bucales previos a un trasplante de órgano. Además, cubrimos lo siguiente: **Servicios dentales (complementarios)** Nuestro beneficio complementario incluye beneficios dentales preventivos y completos que, generalmente, no están cubiertos por Medicare. Los servicios dentales completos complementarios se limitan a un total de $2,250 por año. No hay límite servicios dentales preventivos complementarios. Nuestros beneficios dentales preventivos complementarios incluyen lo siguiente:	$0 de copago para beneficios dentales cubiertos por Medicare. Los beneficios cubiertos por Medicare no se tendrán en cuenta para el límite de cobertura complementaria del plan. No pagará nada por los servicios preventivos e integrales complementarios. Los servicios dentales preventivos integrales y complementarios se limitan a $2,250 por año. Usted debe pagar cualquier costo que supere el límite de beneficios del plan.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios dentales (continuación) • Exámenes bucales • Limpiezas • Tratamientos con flúor • Radiografías dentales preventivas Nuestros beneficios dentales integrales complementarios incluyen lo siguiente: • Servicios que no sean de rutina • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Endodoncia/periodoncia/extracciones • Prostodoncia, otras cirugías bucales/maxilofaciales • Radiografías dentales de diagnóstico • Dentaduras postizas • Otros servicios	Los servicios dentales complementarios cubiertos se brindan a través de Delta Dental of Washington y solo están cubiertos cuando los brinda un dentista de la red de Delta Dental. Para encontrar la lista más actual de dentistas de la red Delta Dental PPO Plus Premier, visite www.DeltaDentalWA.com. Los proveedores de la red de Delta Dental deben presentar reclamaciones por estos servicios dentales a Delta Dental of Washington. Usted será responsable de todos o la mayoría de los servicios proporcionados por dentistas fuera de la red.
Prueba de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. Los prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar referencias o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de prueba de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluidas pruebas de glucemia en ayunas) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de colesterol anormal y niveles de triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de nivel alto de azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Capacitación para el autocontrol de la diabetes y servicios y suministros para la diabetes* Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Suministros para monitorear la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para pruebas 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 que padecen diabetes y pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta siempre que se cumpla con ciertos requisitos. ***Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.**	Copago de $0 para el autocontrol de la diabetes, los servicios y los suministros para la diabetes cubiertos por Medicare. La medicación para la diabetes, como la insulina, inyectada por medio de jeringa generalmente está cubierta por su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte el Capítulo 5. Si tiene preguntas sobre el equipo médico duradero y su costo compartido, consulte “Equipo médico duradero y suministros relacionados”.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3) Entre los artículos cubiertos, se incluyen sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos de colchones, suministros para personas con diabetes, camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión IV, dispositivos de generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME que sea necesario por razones médicas cubierto por Medicare original. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en medicare.chpw.org/find-a-doctor.	$0 de copago para DME y suministros relacionados cubiertos por Medicare. Para obtener información sobre el equipo médico duradero la posesión de equipos médicos duraderos alquilados, consulte la Sección 7.1 del Capítulo 3. Si tiene preguntas sobre suministros para la diabetes y su costo compartido, consulte “Capacitación para el autocontrol de la diabetes,

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (continuación) ***Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.**	servicios y suministros para la diabetes". Para obtener más información, consulte "Ayuda con ciertas afecciones crónicas" en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que cumplen con las siguientes características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo no nacido), un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red son los mismos que cuando recibe estos servicios dentro de la red. Para la atención de emergencia recibida fuera de los EE. UU. y sus territorios, consulte "Atención de emergencia o de urgencia en todo el mundo".	$0 de copago por cada visita a la sala de emergencias cubiertas por Medicare. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haberse estabilizado su condición de emergencia, debe recibir la atención para pacientes internados fuera de la red autorizada por el plan y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Consulte "Atención hospitalaria para pacientes internados" para conocer los costos relacionados con la atención para pacientes internados.
Beneficio de acondicionamiento físico (complementario) El programa de acondicionamiento físico incluye una membresía básica en un gimnasio participante. Puede cambiar de gimnasio una vez por mes. El cambio entra en vigencia el primer día del mes siguiente. Los miembros que prefieren hacer ejercicio en su hogar o mientras viajan pueden elegir recibir 1 kit de acondicionamiento físico en el hogar por año calendario en lugar de, o además de, inscribirse para la membresía en un centro de acondicionamiento físico.	No hay un copago, coseguro ni deducible.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Salud y bienestar (complementario) El beneficio incluye acupuntura, naturopatía, quiropráctica de rutina, terapia de masajes y diversos programas de bienestar recomendados por CHPW, con un total de hasta 25 servicios/programas combinados por año.	No pagará nada por cada visita cubierta hasta el monto máximo del plan. Usted debe pagar cualquier costo que supere el máximo. No se cubren las radiografías realizadas por quiroprácticos. Usted pagará los costos de estos servicios.
Programas educativos sobre salud y bienestar Brindamos información en línea sobre diversos temas, incluidos medicamentos, enfermedades, afecciones y pruebas, en www.medicare.chpw.org/wellness. Cada año, le enviamos por correo una evaluación para ayudarlo a tener un mejor control de su salud. Una vez que complete y devuelva la evaluación, recibirá un informe con ideas sobre cómo mejorar su salud y disminuir su riesgo de padecer ciertas afecciones y enfermedades. Les ofrecemos recordatorios a los miembros sobre los diferentes exámenes, pruebas de detección y citas con el médico. Las llamadas son una manera de obtener información y consejos sobre cosas que puede hacer por su salud. El plan cubre los siguientes beneficios de programas educativos sobre salud y bienestar: • Evaluaciones de riesgo de salud • Llamadas de recordatorio de evaluaciones de salud importantes • Asesoramiento para dejar de consumir tabaco y nicotina Terapias de reemplazo	No hay un coseguro, copago ni deducible para estos programas.
Servicios de audición Las evaluaciones de audición y equilibrio de diagnóstico realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. **Servicios de audición (complementarios)**	Copago de $0 por Exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare. No pagará nada por un examen auditivo de rutina cada año y un ajuste o evaluación de audífonos al año.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios de audición (continuación) Un examen auditivo de rutina cada año y un ajuste o evaluación de audífonos al año. Los audífonos y los suministros relacionados para ambos oídos están cubiertos hasta un límite combinado de $1,500 cada año calendario. Límite de uno por oído, cada año. Si tiene preguntas sobre este beneficio, llame al Servicio al Cliente.	Usted no paga nada por audífonos y suministros complementarios, hasta $1,500 una vez al año. Límite de uno por oído, cada año. Usted debe pagar cualquier costo que supere el máximo.
Ayuda con ciertas afecciones crónicas (complementaria) Si un prestador del plan le diagnostica las siguientes afecciones crónicas, podrá postularse para recibir beneficios orientados adicionales sin costo: Los miembros diagnosticados con **diabetes** pueden recibir 8 consultas por calendario para la atención de los pies no cubierta por Medicare de parte de un proveedor de atención de los pies aprobado por Medicare. Los miembros diagnosticados con **insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), obesidad mórbida u obesidad con trastornos concurrentes** pueden recibir 1 balanza por año al participar en la administración de la atención. Los miembros que hayan sido diagnosticados con **prehipertensión, hipertensión con al menos una afección crónica o hipertensión refractaria** pueden recibir 1 dispositivo de control de la presión arterial por año (sin costo) al participar en la administración de la atención. Los miembros que hayan sido diagnosticados con **riesgo de caída, fragilidad, osteoporosis, antecedentes de infarto agudo de miocardio, angina, convulsiones, Parkinson, derrame cerebral, demencia, EPOC o ICC** pueden recibir 1 sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS) por año (sin costo) al participar en la administración de la atención.	No pagará nada si se cumplen los criterios de elegibilidad.
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de VIH (continuación) Si está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo.	Medicare.
Atención de una agencia de atención médica a domicilio* Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que los brinde una agencia de atención médica a domicilio. 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 y de auxiliares de atención médica a domicilio de forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de auxiliares 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. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. ***Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.**	Copago de $0 por Las consultas de una agencia de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare. Si tiene preguntas sobre el equipo médico duradero la posesión de equipos médicos duraderos alquilados, “Equipo médico duradero y suministros relacionados”.
Tratamiento de infusión en el hogar* El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes que se requieren para realizar una infusión en el hogar son el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:	Copago de $0 por el tratamiento de infusión en el hogar cubierto por Medicare relacionado con el equipo médico duradero y Los medicamentos de la Parte B Copago de $0 por el tratamiento de infusión en el hogar cubierto por Medicare asociado con la atención médica a domicilio. Para

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Tratamiento de infusión en el hogar* (continuación) • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de atención. • Capacitación y educación para pacientes no cubiertas de otra manera por el beneficio de equipos médicos duraderos. • Monitoreo remoto. • Servicios de monitoreo para la realización del tratamiento de infusión en el hogar y la administración de los medicamentos para la infusión en el hogar proporcionados por un proveedor de tratamiento de infusión en el hogar calificado. ***Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.***	obtener información sobre la atención a domicilio, consulte "Atención de una agencia de atención médica a domicilio". Para obtener información sobre el equipo médico duradero, consulte "Equipo médico duradero y suministros relacionados". Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare".
Atención en un centro para enfermos terminales Usted es elegible para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro para enfermos terminales le hayan dado un diagnóstico terminal que certifique que tiene 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 hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en nuestra área de servicio, incluidos los programas que poseemos, que administramos o en los que tenemos un interés financiero. El médico del centro para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Cuidados paliativos a corto plazo. • Atención médica a domicilio. Cuando lo admiten en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar	Cuando usted se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare original, no por Dual Complete de CHPW Con la asistencia completa de costos compartidos de Apple Health (Medicaid), usted paga $0 de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Atención en un centro para enfermos terminales (continuación) pagando las primas del plan. **Para los servicios en un centro para enfermos terminales y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:** Medicare original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras usted esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio le facturará a Medicare original los servicios que paga Medicare original. Se le facturará el costo compartido de Medicare original. **Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:** Si necesita servicios que no sean de emergencia, que no sean de urgencia cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de servicio de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si existe un requisito para obtener autorización previa). • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para recibirlos, solo deberá pagar el monto del costo compartido del plan por los servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, deberá pagar los costos compartidos según Medicare original. **Para los servicios cubiertos por *Dual Complete de CHPW* que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare:** Dual Complete de CHPW seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B, independientemente de que se relacionen o no con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios.	

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Atención en un centro para enfermos terminales (continuación) **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de nuestro plan:** Si estos medicamentos no están relacionados con su condición de enfermo terminal, usted paga los costos compartidos. Si están relacionados con su condición de enfermo terminal, entonces usted paga el costo compartido de Medicare original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5). **Nota:** Si necesita atención que no sea para enfermos terminales (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.	
Vacunas* Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía. • Vacunas (o inyecciones) antigripales, una vez por temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas (o inyecciones) adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información. La vacuna contra la varicela (Herpes Zoster-Zostavax) es una vacuna preventiva y se encuentra disponible en virtud de su beneficio de la Parte D.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19. Si se brindan servicios adicionales se cobran costos compartidos. Consulte los “Servicios de médicos o profesionales” o el listado de beneficios para el servicio recibido.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Vacunas* (continuación) ***Es posible que se apliquen normas de autorización previa dado que las diferentes vacunas pueden tener distintas pautas de beneficios.**	
Atención hospitalaria para pacientes internados* Incluye cuidados agudos para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa en el hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería regulares. • Costos de las unidades de atención especializada (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 por abuso de sustancias para pacientes internados.	Con la asistencia completa de costos compartidos de Apple Health (Medicaid), usted paga $0 de copago por los servicios cubiertos por Medicare. El plan cubre 90 días de internación. El plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria para pacientes internados estará limitada a 90 días por período de beneficios. El período de beneficios comienza el primer día en que usted va a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si le internan en el hospital o en el centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto al número de períodos de beneficios.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Atención hospitalaria para pacientes internados* (continuación) • En determinadas circunstancias, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la evaluación de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de prestación de servicios. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red se encuentran fuera del patrón comunitario de atención, usted puede elegir recibir sus servicios de trasplante localmente siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare original. Si Dual Complete de CHPW brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted decide obtener trasplantes en este lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento adecuados para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de glóbulos rojos en paquete comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar los gastos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o tener la sangre donada por usted u otra persona. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos. **Nota:** Para ser un paciente internado, su proveedor deberá redactar la orden para la admisión formal como paciente internado. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio o internado, pregúntele al personal del hospital. Para obtener más información, consulte la hoja de información *Beneficios hospitalarios de Medicare.* Esta hoja informativa está	Si recibe atención autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia ha sido estabilizada, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Atención hospitalaria para pacientes internados* (continuación) disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. ***Excepto en casos de emergencia, se aplican las normas sobre autorización previa. Esto significa que su médico debe informar al plan que usted ingresará al hospital, a menos que usted tenga una emergencia. Para todas las hospitalizaciones, el hospital debe informar al plan antes del próximo día hábil.**	
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico* Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de la salud mental que requieren hospitalización. Obtiene hasta 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico. Solo si se cumplen determinadas condiciones, los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados se tienen en cuenta para el límite de 190 días de por vida. Este límite no se aplica a servicios de psiquiatría para pacientes internados proporcionados en un hospital general. Para los servicios psiquiátricos para pacientes internados que se brindan en un hospital general, consulte "Atención hospitalaria para pacientes internados". Se aplican los períodos de beneficios. ***Excepto en casos de emergencia, se aplican las normas sobre autorización previa. Esto significa que su médico debe informar al plan que usted ingresará al hospital, a menos que usted tenga una emergencia. Para todas las hospitalizaciones, su hospital debe informar al plan antes del próximo día hábil.**	Con la asistencia completa de costos compartidos de Apple Health (Medicaid), usted paga $0 de copago.
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios como paciente internado o si la hospitalización no se considera razonable y necesaria, no cubriremos dicha hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios	Los servicios enumerados se seguirán cubriendo con los montos de costo compartido que aparecen en la tabla de beneficios para el servicio específico.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación) cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios médicos. • Pruebas de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con isótopos, radio y radiografías, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Prótesis y dispositivos ortésicos (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. • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	En el caso de suministros médicos cubiertos por Medicare, incluidos entablillados y yesos, usted paga el monto del costo compartido correspondiente donde se brinde el servicio específico. Por ejemplo, si estos suministros médicos se usaron durante una consulta a la sala de emergencias, se incluirán como parte del monto del costo compartido por la consulta en la sala de emergencias.
Beneficio de comidas (complementario) El beneficio incluye 2 comidas al día hasta un máximo de 14 días tras el alta de cada ingreso en el hospital o en un centro de enfermería especializada. Programa de comidas con un límite de 6 eventos por año calendario. Si tiene preguntas sobre este beneficio, llame al Servicio al Cliente.	No debe pagar nada por las comidas cubiertas hasta el beneficio máximo.
Tratamiento médico nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón, pero no con diálisis) o después de un trasplante cuando lo remita su médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de tratamiento médico nutricional cubiertos

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Tratamiento médico nutricional (continuación) Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento en persona durante el primer año que recibe los servicios de tratamiento médico nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage o Medicare original) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la referencia de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la referencia todos los años si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.	por Medicare.
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios del MDPP están cubiertos para personas elegibles conforme a los planes de salud de Medicare.** El MDPP es una intervención estructurada de modificación de la conducta orientada a la salud que brinda capacitación práctica en cambios dietarios a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar 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 Medicare original cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:** • Medicamentos que no suelen ser administrados por el paciente mismo y que se deben administrar por inyección o infusión mientras recibe servicios médicos, servicios hospitalarios para pacientes externos o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que toma con equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan. • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (nombre	Copago de $0 por los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. Si se brindan servicios adicionales, se pueden aplicar costos compartidos. Consulte los “Servicios de médicos o profesionales” o el listado de beneficios para el servicio recibido. La medicación para la diabetes, como la insulina, inyectada por medio de jeringa generalmente está cubierta

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Medicamentos de la Parte B de Medicare* (continuación) genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite tomografías y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento, que podría sumarse a los costos globales. Consulte a su médico acerca de qué tomografías y pruebas puede necesitar como parte del tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores o trasplante: Medicare cubre el tratamiento de trasplante si Medicare pagó por el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que obtenga medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de Medicare Parte D cubre medicamentos inmunodepresores si la Parte B no lo hace. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona capacitada de manera adecuada (que podría ser usted, el paciente) los suministra bajo la supervisión apropiada. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que haya nuevos medicamentos orales para el cáncer disponibles, es posible que la Parte B pueda cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D lo hará. • Medicamentos orales para las náuseas: Medicare cubre los	por su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte los Capítulos 5 y 6.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Medicamentos de la Parte B de Medicare* (continuación) medicamentos orales contra las náuseas que usted utilice como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de un plazo de 48 horas de la quimioterapia, o si se utilizan como el reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para tratar la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare. • Medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato en virtud del sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Determinados medicamentos para autodiálisis en el hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, y anestésicos tópicos. • Agentes estimuladores de la eritropoyesis: Medicare cubre eritropoyetina mediante inyección si tiene enfermedad Renal terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o Metoxipolietilenglicol-epoetina beta). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento en el hogar de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y alimentación por sonda). También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos de la Parte D e indica las normas que debe seguir a fin de recibir cobertura para los medicamentos recetados. Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6. ***Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.**	

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan completo de prevención. Para obtener más información, consulte con su profesional o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos.
Servicios del Programa de tratamiento por consumo de opioides* Pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD mediante un Programa de Tratamiento por Consumo de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (MAT). • Suministro y administración de dichos medicamentos para el MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Prueba de toxicología. • Actividades de consumo. • Evaluaciones periódicas. ***Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.***	$0 copago por servicios del Programa de Tratamiento por Consumo de Opioides cubiertos por Medicare.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos* Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye suministros y materiales de los técnicos. • Suministros quirúrgicos, como vendajes.	$0 de copago por las pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos* (continuación) • 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 entera y glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite – usted debe pagar los gastos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o tener la sangre donada por usted u otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que usted reciba. • Pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando el médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar un problema médico. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos. ***Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.**	
Servicios hospitalarios de observación para pacientes externos* 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 hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos.	$0 de copago por los servicios hospitalarios de observación ambulatoria cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios hospitalarios de observación para pacientes externos* (continuación) **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. 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, pregúntele al personal del hospital. Para obtener más información, consulte la hoja de información *Beneficios hospitalarios de Medicare.* Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. ***Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.**	
Servicios hospitalarios para pacientes externos* Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento para pacientes externos de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente internado podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como entablillados y yesos.	$0 de copago por cirugías hospitalarias y otros servicios ambulatorios cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios hospitalarios para pacientes externos* (continuación) • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se puede autoadministrar. **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. 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, pregúntele al personal del hospital. ***Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.**	
Atención de la salud mental para pacientes externos* Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Servicios de la salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, asesor profesional autorizado (LPC), terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), profesional de enfermería (NP), auxiliar médico (PA) u otro profesional de atención de la salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. ****Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.***	$0 de copago por cada visita de terapia individual o grupal 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 son brindados en diversos entornos para pacientes externos, como departamentos de pacientes externos de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación completa para pacientes externos (CORF). ***Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.**	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare: • Consulta de terapia ocupacional • Consulta de fisioterapia • Consulta de terapia del habla

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios para desórdenes por el consumo de sustancias para pacientes externos* Se cubren los servicios de tratamientos que se brindan en el departamento para pacientes externos de un hospital a los pacientes que requieren tratamiento, pero no necesitan la disponibilidad ni la intensidad de los servicios que se brindan solo en el entorno hospitalario para pacientes internados. La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas normas que generalmente se aplican a la cobertura de servicios hospitalarios para pacientes externos. ***Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.**	Copago de $0 para servicios ambulatorios cubiertos por Medicare para el trastorno de abuso de sustancias.
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios* **Nota:** Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. ***Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.**	Copago de $0 por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos* La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio para pacientes externos en un hospital o por un centro de salud mental de la comunidad, que es más intenso que el que se brinda en el consultorio de un médico, terapeuta, terapeuta familiar y marital con licencia (LMFT) o licenciado en consejería profesional, y es una alternativa a la hospitalización como paciente internado. El *servicio intensivo para pacientes externos* es un programa estructurado de tratamiento de terapia conductual (mental) activo proporcionado en un departamento para pacientes	Copago de $0 por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos* (continuación) externos de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud federal calificado o una clínica de salud rural con una atención más intensa que la recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o licenciado en consejería profesional, pero menos intensa que la hospitalización parcial. ***Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.**	
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico* Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios quirúrgicos o atención médica necesarios desde el punto de vista médico llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio realizados por nuestro *PCP*, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. o Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: Servicios de urgencia; servicios de médicos de atención primaria; servicios de médicos especialistas; sesiones individuales y grupales para servicios especializados de salud mental; sesiones individuales y grupales para servicios de psiquiatría; sesiones individuales y grupales para pacientes externos con problemas de abuso de sustancias. 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. • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un médico o profesional, para pacientes en ciertas áreas rurales u otros	$0 de copago para las consultascon un especialista o proveedor de atención primaria cubiertas por Medicare. Según su diagnóstico, puede reunir los requisitos para recibir artículos que ayuden con su salud. Consulte “Ayuda con ciertas afecciones crónicas” para obtener más información. Lo que paga por los servicios de telesalud es el mismo monto como si se tratara de una consulta presencial: $0 de copago

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico* (continuación) lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en fase terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para los miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si ocurre lo siguiente: o Tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses antes de su primera visita de telesalud. o Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. o Las excepciones se pueden hacer ante lo anterior para determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionadas por clínicas de salud rural y centros de salud federalmente calificados. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico de entre 5 y 10 minutos si ocurre **lo siguiente**: o No es un paciente nuevo; **y** o El chequeo no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días; **y** o El chequeo no deriva en una consulta en el consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más próxima disponible.	

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar

Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico* (continuación)
• Evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de este en un plazo de 24 horas si ocurre **lo siguiente**:
  ○ 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 deriva en una consulta en el consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más próxima disponible.
• 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 someterse a una cirugía.
Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.	

Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • 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 miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores.	$0 de copago para la consulta de podiatría cubierta por Medicare.
Servicios de podiatría (complementarios) Nuestro beneficio complementario incluye hasta cuatro (4) consultas por año para atención de los pies no cubierta por Medicare brindada por un proveedor de atención de los pies aprobado por Medicare. Los miembros diabéticos pueden ser elegibles para consultas adicionales para atención de los pies no cubierta por Medicare. Consulte “Ayuda con ciertas afecciones crónicas” para obtener más información.	No debe pagar nada por cada consulta de podiatría complementaria.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) orales o inyectables aprobados por la FDA. Si va a recibir un medicamento inyectable, también cubrimos el cargo por inyectarse el medicamento. • Hasta ocho sesiones de consejería individual (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento del tratamiento farmacológico) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. Una única prueba de detección del virus de la hepatitis B.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de la PrEP.
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (PSA)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Prótesis, dispositivos ortésicos y suministros relacionados* Dispositivos (no dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptaciones o capacitación en el uso de dispositivos ortésicos y protésicos; así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con prótesis o dispositivos ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de	$0 de copago para los dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Prótesis, dispositivos ortésicos y suministros relacionados* (continuación) cataratas (para obtener más detalles, consulte *Atención de la visión* más adelante en esta tabla). ***Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.**	
Servicios de rehabilitación pulmonar* Los programas completos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen una derivación del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar. ***Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.**	\$0 de copago por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. Para el equipo relacionado con estas afecciones, consulte "Equipo médico duradero y suministros relacionados".
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) 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 pruebas de detección y asesoramiento 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 reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) cada 12 meses. **Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos**: tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquete-años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación) detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas y que sea proporcionado por un médico o un profesional no médico calificado. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:* los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige proporcionar una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y una consulta de toma de decisiones compartidas para realizarse pruebas de detección posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para tales consultas.	
Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de la hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado la solicita y usted cumple una de estas condiciones: • Corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas ilícitas inyectables. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una vez. Si tiene un riesgo elevado (por ejemplo, si ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su anterior prueba de detección de hepatitis C negativa), cubrimos pruebas de detección anuales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de ETS como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales de alta intensidad de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer infecciones por ETS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como un consultorio médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de pruebas de detección de ETS y asesoramiento cubierto por Medicare.
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios educativos sobre enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. En el caso de las personas con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son derivadas por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluidos tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de prestación de servicios, como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no es posible comunicarse temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es ingresado en el hospital para recibir atención especial como paciente internado). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en el hogar).	Copago de $0 por Servicios cubiertos por Medicare para tratar enfermedades renales.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios para tratar enfermedades renales (continuación) • Equipo y suministros para autodiálisis en el hogar. • 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 autodiálisis en el hogar, ayudar en casos de emergencia y revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para la diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información acerca de la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte **Medicamentos de la Parte B de Medicare** en esta tabla.	
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (Para conocer la definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Que suele denominarse SNF). 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. • Medicamentos administrados como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite – usted debe pagar los gastos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o tener la sangre donada por usted u otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que usted reciba.	Con la asistencia completa de costos compartidos de Apple Health (Medicaid), usted paga $0 de copago. Tiene 100 días de beneficio por período de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o SNF. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si le internan en el hospital o un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto al número de períodos de beneficios.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (continuación) • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos que habitualmente se realizan por SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. Por lo general, usted recibe atención de SNF en centros dentro de la red. En determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde la atención de un centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. ***Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa. Además, se requiere una hospitalización de 3 días antes de ser transferido a un SNF. Excepto en casos de emergencia, su médico debe informar al plan que usted ingresará en el hospital.**	
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y de consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con los siguientes criterios: • Consume tabaco, independientemente de si presenta signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos de programas para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) (continuación) • Es competente y está alerta durante la consejería. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda consejería Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente recibe hasta 8 sesiones por año). En cualquiera de los casos arriba mencionados, cubrimos hasta ocho llamadas de asesoramiento por año. Para obtener más información, comuníquese con Optum al 1-866-784-8454 (1-866-QUIT-4-LIFE). Además, cubrimos hasta 12 semanas de la terapia de reemplazo de la nicotina (NTR).	Las llamadas de asesoramiento a Quit-4-Life no tienen ningún costo para usted.
Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos Si se le diagnostica alguna de las condiciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos. • Enfermedades autoinmunes (poliarteritis nudosa, polimialgia reumática, polimiositis, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico) • Cáncer • Trastornos cardiovasculares (arritmias cardíacas, arteriopatía coronaria, enfermedad vascular periférica, trastornos tromboembólicos venosos crónicos) • Trastornos crónicos por consumo de alcohol y sustancias • Enfermedad pulmonar crónica (asma, bronquitis crónica, enfisema, fibrosis pulmonar, hipertensión pulmonar) • Trastornos de salud mental crónicos e incapacitantes (trastornos bipolares, trastornos depresivos complejos, trastorno paranoico, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo)	Usted no paga nada por una tarjeta prepagada con una asignación mensual de $85 que se usará para comprar alimentos y productos agrícolas. Usted paga los costos por todo lo que supere el límite mensual de $85.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (continuación) • Demencia • Diabetes mellitus • Insuficiencia cardíaca • VIH/SIDA • Enfermedad hepática terminal • Enfermedad renal en etapa terminal • Trastornos neurológicos (esclerosis lateral amiotrófica [ELA], epilepsia, parálisis generalizada [es decir, hemiplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía], enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, polineuropatía, estenosis espinal, déficit neurológico relacionado con un accidente cerebrovascular) • Trastornos hematológicos graves (anemia aplásica, hemofilia, púrpura trombocitopénica inmune, síndrome mielodisplásico, enfermedad de células falciformes [excepto el rasgo de células falciformes], accidente cerebrovascular) • Además de un diagnóstico de una de las condiciones crónicas enumeradas anteriormente, debe haber experimentado una o más de las siguientes: o Tiene un patrón de múltiples hospitalizaciones o consultas a la sala de emergencias durante el último año. o Uso frecuente de los servicios de emergencia, especialmente cuando se combinan con necesidades de salud conductual. o Consultas regulares a múltiples especialistas, lo que indica necesidades de atención complejas. Puede llamar a Administración de Atención Médica de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., al 1-866-418-7005 para iniciar su solicitud u obtener información adicional.	

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (continuación) **Alimentos y productos agrícolas** Si es elegible, recibe $85 por mes para gastar en su beneficio de alimentos y productos agrícolas. Los fondos que no se utilicen al final del mes no se aplicarán durante el mes siguiente. La tarjeta prepagada se puede usar en tiendas minoristas participantes todos los meses.	
Terapia de ejercicios supervisados (SET)* La terapia de ejercicio supervisada (SET) está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una derivación para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. 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: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos, constar de un programa de entrenamiento y ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación. • Ser realizado en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio del médico. • Ser proporcionado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que esté capacitado en tratamiento de ejercicios para PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional de enfermería/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte de vida tanto básicas como avanzadas. El programa de SET podría tener cobertura más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período extendido si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario. ***Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.**	$0 de copago para la terapia de ejercicios supervisados (SET) cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Transporte (complementario)* Cubrimos el transporte de rutina que no sea de emergencia desde y hacia ubicaciones de atención médica aprobadas por el plan para un máximo de 40 viajes de ida o de vuelta. Si necesita un viaje al médico, dentista, clínica de salud, farmacia u otros lugares donde reciba beneficios cubiertos, puede utilizar este beneficio. Recomendamos que los viajes se reserven con al menos cinco días de anticipación. Si tiene una emergencia médica, llame al 911. El transporte en ambulancia está cubierto por su beneficio de servicios de ambulancia y no cuenta como viaje de ida o de vuelta conforme a este beneficio. Consulte “Servicios de ambulancia”. Cada ubicación a la que acude o desde la que deben buscarlo se considera un viaje de ida o vuelta. Por ejemplo: Ir desde su hogar al consultorio médico es un viaje de ida o vuelta. Ir desde el consultorio médico hasta su hogar es otro viaje de ida o de vuelta. Si para en la farmacia para recoger los medicamentos de camino a su casa desde el médico, esto se considera un viaje adicional de ida o de vuelta. El transporte que no sea de emergencia también está disponible para los clientes elegibles del programa Apple Health (Medicaid) que soliciten acceso a servicios elegibles de Medicaid. Apple Health (Medicaid) administra y supervisa los contratos de “corretaje” del transporte médico que no sea de emergencia (NEMT). (La información de contacto de Apple Health [Medicaid] se puede encontrar en la Sección 6 del Capítulo 2). Si tiene preguntas sobre este beneficio, llame al Servicio al Cliente. ***Se requiere autorización previa para los viajes de más de 40 millas.**	No pagará nada por hasta 40 viajes de ida o de vuelta a ubicaciones de atención médica aprobadas por el plan cada año calendario. Los viajes se limitan a 40 millas de ida o vuelta.
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio	$0 de copago para servicios de urgencia cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios de urgencia (continuación) de nuestro plan o bien, incluso si está dentro del área de servicio de nuestro plan, si no es razonable debido al horario, lugar y circunstancias en las que se encuentra para recibir este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo le corresponde pagar el costo compartido dentro de la red. Los ejemplos de servicios de urgencia incluyen enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran necesarias de forma urgente, incluso si usted está fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. Para los servicios de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, consulte "Atención de emergencia o de urgencia en todo el mundo".	
Atención de la visión Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que tienen riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma por año. Entre las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma se incluyen las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos mayores de 50 años y los estadounidenses de origen hispano mayores de 65 años. • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. Si necesita dos operaciones de cataratas diferentes, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía.	$0 de copago por la atención oftalmológica cubierta por Medicare. $0 de copago para los artículos de la vista cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Atención de la visión (continuación) La atención de la vista arriba mencionada se ofrece a través de nuestra red de especialistas. Además, ofrecemos un beneficio oftalmológico complementario a través de Vision Service Plan (VSP) Choice Network. Consulte "Cuidado de la visión (complementario)" para obtener más información sobre este beneficio. Los lentes posoperación por cataratas cubiertos por Medicare son independientes del beneficio complementario de la visión. No todos los proveedores se encuentran en las dos redes. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de servicios de visión en nuestra red de especialistas o en VSP Choice Network, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este documento). **Atención de la visión (complementaria)** Ofrecemos un beneficio de la vista complementario a través de Vision Service Plan (VSP) Choice Network. Consulte el directorio de VSP Choice Network para obtener una lista de los proveedores contratados. Los beneficios de la visión complementarios disponibles a través de VSP Choice Network incluyen lo siguiente: • Un examen de la vista de rutina WellVision por año. • Hasta $500 en marcos, lentes adicionales (simples, bifocales alineados, trifocales alineados, lenticulares), lentes de contacto recetados (en vez de lentes) o mejoras cada año. VSP permite numerosas opciones para recibir marcos y lentes básicos dentro de este monto del beneficio. Si decide recibir cuidado de la visión complementario o artículos fuera de VSP Choice Network, VSP le reembolsará lo siguiente: • Un examen de la vista de rutina fuera de la red por año hasta el límite en dólares del beneficio fuera de la red. • Los artículos oftalmológicos a una tarifa reducida. Para obtener más información o ayuda para encontrar un proveedor de servicios de visión en VSP Choice Network, llame al Servicio al Cliente.	A través de VSP Choice Network: • No pagará nada por un Examen de la vista sana cada año. • No pagará nada por artículos complementarios hasta el límite de beneficios del plan de $500 cada año. Fuera VSP Choice Network: • No pagará nada hasta el límite de beneficios del plan. Usted paga los costos que superen el límite de beneficios del plan.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Consulta preventiva de Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre la consulta preventiva única de "Bienvenido a Medicare". La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y referencias a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, indique que le gustaría programar su consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare".	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de *Bienvenido a Medicare*.
Atención de emergencia/urgencia en todo el mundo (complementario) El plan cubre servicios complementarios de emergencia, servicios de urgencia y transporte de emergencia que recibe fuera de EE. UU. y sus territorios hasta un límite de cobertura del plan de $25,000 **por año.**	Copago de $0 para atención de urgencia/emergencia en todo el mundo hasta el límite de cobertura de $25,000. Usted no paga por costos que superen el límite de beneficios del plan de $25,000.

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de Dual Complete de CHPW

Los siguientes servicios no están cubiertos por *Dual Complete de CHPW*, pero están disponibles a través de Apple Health (Medicaid). Para obtener más información sobre estos y otros beneficios cubiertos fuera de Dual Complete de CHPW, comuníquese con Medicare (la información de contacto de Medicare está en la Sección 2 del Capítulo 2) o con Apple Health (Medicaid) (la información de contacto de Apple Health [Medicaid] está en la Sección 6 del Capítulo 2).

- **Suministros y equipos médicos no duraderos (MSE).** Apple Health (Medicaid) puede cubrir los MSE, como suministros para la incontinencia, para los miembros elegibles.
- **Servicios de interpretación para consultas médicas.** Apple Health (Medicaid) puede cubrir el costo de los servicios de interpretación para consultas médicas en el consultorio de un médico únicamente.

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan

Esta sección le informa qué servicios están excluidos.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos por nuestro plan en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, a excepción de las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos siguen sin cubrirse y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio es apelado y se decide: tras la apelación que sea un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9).

Servicios no cubiertos por Medicare	Con cobertura en circunstancias específicas
Acupuntura	Se cubre para el dolor crónico en la parte baja de la espalda. Para obtener información sobre los límites de los beneficios complementarios de acupuntura, consulte la sección “Salud y bienestar” en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.
Cirugía o procedimientos estéticos	Se cubren en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. Se cubren todas las fases de la reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como de la mama no afectada para lograr un aspecto simétrico.
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que le ayuda con las actividades de la vida diaria, por ejemplo, bañarse o vestirse.	Sin cobertura en cualquier circunstancia

Servicios no cubiertos por Medicare	Con cobertura en circunstancias específicas
Medicamentos, equipos y procedimientos quirúrgicos y médicos experimentales Los productos y procedimientos experimentales son aquellos que, según Medicare original, la comunidad médica generalmente no acepta.	Pueden estar cubiertos por Medicare original en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos cobrados por los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención brindada	Sin cobertura en cualquier circunstancia
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	Sin cobertura en cualquier circunstancia
Envío de comidas a domicilio	Para obtener información sobre los límites en las comidas complementarias a domicilio, consulte la sección “Beneficio de comidas (complementario)” en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, como tareas domésticas livianas o preparación de comidas livianas.	Sin cobertura en cualquier circunstancia
Servicios de un naturoterapeuta (con tratamientos naturales o alternativos)	Para obtener información sobre los límites de los beneficios complementarios de naturopatía, consulte la sección “Salud y bienestar” en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.
Atención dental que no sea de rutina	Es posible que se cubra la atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Los zapatos que forman parte de una pierna ortopédica y se incluyen en el costo de la pierna. Se cubren los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor	Sin cobertura en cualquier circunstancia
Habitación privada en un hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesaria.
Procedimientos para invertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta	Sin cobertura en cualquier circunstancia

Servicios no cubiertos por Medicare	Con cobertura en circunstancias específicas
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación de la columna para corregir una subluxación. Para obtener información sobre los límites de la atención quiropráctica complementaria, consulte "Servicios quiroprácticos (complementarios)" en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas	Para obtener información sobre los límites en la atención dental complementaria, consulte la sección "Servicios dentales (complementarios)" en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.
Exámenes de la visión de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	Un par de anteojos con marcos estándar (o un juego de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas en la que se implante una lente intraocular. Para obtener información sobre los límites de los beneficios complementarios de atención de la visión, consulte la sección "Atención de la visión (complementaria)" en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.
Atención de rutina de los pies	Se brinda algo de cobertura limitada de conformidad con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes). Consulte la sección "Podiatría (complementaria)" en el Capítulo 4, Tabla de beneficios médicos, para conocer los límites de los beneficios complementarios de cuidado de los pies.
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos	Consulte "Servicios de audición" en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 para conocer los límites de los servicios de audición complementarios y los audífonos.
Servicios considerados como no razonables ni necesarios según las normas de Medicare original	Sin cobertura en cualquier circunstancia

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

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si recibe "Ayuda Adicional" para pagar los costos de los medicamentos de la Parte D?

Debido a que es elegible para Apple Health (Medicaid), reúne los requisitos para Ayuda Adicional de Medicare y recibe esta ayuda para pagar los costos del plan de medicamentos recetados. Como está en el programa de "Ayuda Adicional", **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 inserto por separado, llamado Cláusula adicional de Evidencia de cobertura para personas que reciben "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos recetados (también conocida como Cláusula adicional de subsidio para bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre su cobertura para medicamentos. Si no tiene este inserto, llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la cláusula adicional del LIS. (Los números de teléfono del Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este documento).

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan

Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para ver los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y medicamentos en un centro para enfermos terminales.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos para usted según sus beneficios de Apple Health (Medicaid).

Generalmente, nuestro plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas:

- Debe contar con un proveedor (médico, dentista u otro dispensador) que le escriba una receta que debe ser válida según la ley estatal correspondiente.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las listas de exclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir sus recetas (consulte la Sección 2) o puede surtir su medicamento recetado 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 que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información)

SECCIÓN 2 Surta su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si los surte en las farmacias de la red de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos recetados que surte en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con nuestro plan para proporcionar los medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos de la Parte D de 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, diríjase al *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (www.medicare.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage/) o llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Si la farmacia ya no está en la red

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, obtenga ayuda del Servicio al Cliente en 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o use el Directorio de farmacias. www.medicare.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage/

Farmacias especializadas

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, los LTC (por ejemplo, un hogar de convalecencia) tienen su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener sus medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que brinden servicios al Programa de Salud para la Población India Estadounidense Urbana o Tribal/Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (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 proveen medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, visite el *Directorio de farmacias* www.medicare.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage o llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247, (los usuarios de TTY deben llamar al *711*).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro plan. En general, los medicamentos disponibles a través del pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o afección médica a largo plazo.

El servicio de venta por correo de nuestro plan le permite solicitar un **suministro para 90 días como máximo**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas, comuníquese con Servicio al Cliente.

Por lo general, el pedido a la farmacia de venta por correo le llegará en 14 días como máximo. Sin embargo, a veces puede haber demoras. Si por alguna razón su pedido no fuese entregado en un plazo de 14 días, un representante de CHPW o Express Scripts se comunicará con usted. Para obtener más información sobre el envío a domicilio o para que le envíen un formulario de pedido, comuníquese con el Servicio al Cliente.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
La farmacia automáticamente surtirá y entregará las nuevas recetas que reciba de los proveedores de atención médica sin tener que verificar primero con usted si:

- Usted utilizó el servicio de venta por correo con este plan en el pasado.
- Usted se inscribe para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento al contactarse con Servicio al Cliente.

Si recibe automáticamente por correo una receta que no desea, y si no fue contactado para verificar si la deseaba antes de que se la enviaran, puede ser elegible para un reintegro.

Si usted utilizó el pedido por correo antes, pero no desea que la farmacia le surta y envíe automáticamente cada nueva receta, llame al Servicio al Cliente.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia le contacte para informarle si debe enviar, demorar o cancelar la nueva receta.

Para cancelar la suscripción a los envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente de su proveedor de atención médica, póngase en contacto con nosotros llamando al Servicio al Cliente.

Resurtidos de los medicamentos recetados de venta por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que su receta actual se le acabe para asegurarse de que el próximo pedido se le envíe a tiempo.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. Nuestro plan cuenta con dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada).

1. En su *Directorio de farmacias,* www.medicare.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage, se detallan las farmacias de nuestra red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También

puede llamar al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

2. También puede obtener medicamentos para tratamiento a largo plazo a través de nuestro programa de pedido por correo. (Consulte la Sección 2.3 para obtener más información).

Sección 2.4 Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red solo si no puede utilizar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede surtir recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para averiguar si hay una farmacia de la red cercana.

Cubrimos los medicamentos recetados que se surten en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total cuando surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso a nuestro plan). 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 la Lista de medicamentos de nuestro plan

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

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*. En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos la Lista de medicamentos.**

Nuestro plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La Lista de medicamentos incluye solamente los medicamentos cubiertos en la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos según sus beneficios de Apple Health (Medicaid).

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos de nuestro plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento *ya sea que*:

- Está aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para los que se receta.
- Está respaldado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas condiciones médicas, pero se consideran no incluidos en el formulario para otras condiciones médicas. Estos medicamentos se identificarán en nuestra Lista de medicamentos y en www.Medicare.gov, junto con las afecciones médicas específicas que cubren.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando hablamos de medicamentos, podría referirse a un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen ingredientes alternativos llamados biosimilares. Generalmente, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original, pero suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar 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 los planes de Medicare cubran ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).

- En otros casos, decidimos no incluir en la Lista un medicamento en particular.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 6 niveles de *costo compartido* para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (el nivel más bajo)
- Nivel 2: medicamentos genéricos
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4: medicamentos no preferidos
- Nivel 5: medicamentos especializados (nivel más alto)
- Nivel 6: atención selecta

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan. En el Capítulo 6 se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

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

Para averiguar si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, usted tiene estas opciones:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de forma electrónica.
- Visitar el sitio web de nuestro plan (www.medicare.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista.
- Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” (Real-Time Benefit Tool) de nuestro plan (www.medicare.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener una estimación de lo que pagará y ver si existen medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma

afección. También puede llamar al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Visite el sitio web de Express Scripts (www.express-scripts.com). Una vez que cree una cuenta en el sitio, tendrá acceso para ver la Lista de medicamentos, sus reclamaciones y más.

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a que usen los medicamentos de la forma 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 médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas de nuestro plan están pensadas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

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 según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y es posible que se apliquen diferentes restricciones o costos compartidos según la versión del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg, uno por día frente a 2 por día, comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deben seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos no estar de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

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

previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web www.medicare.chpw.org/member-center/prior-authorization.

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito lo alienta a utilizar medicamentos menos costosos, pero, generalmente, igual de eficaces antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica y el medicamento A es menos costoso, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **tratamiento escalonado**. Los criterios de tratamiento escalonado de nuestro plan se pueden obtener llamando al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web www.medicare.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage.

Límites de cantidad

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

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría

Es posible que un medicamento recetado que toma, o que usted y su proveedor consideran que debería tomar, no esté en nuestra Lista de medicamentos o tenga restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O bien, una versión genérica del medicamento puede estar cubierta, pero no la versión de marca que desea.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o tiene alguna restricción, estas son algunas opciones que puede tener:

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

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas 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 ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que estaba tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan** O **en estos momentos tiene algún tipo de restricción**.

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos surtir varias veces los medicamentos hasta llegar a un máximo de un suministro para 30 días del medicamento. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para los miembros que han estado en nuestro plan por más de 90 días y viven en un centro de cuidado a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto se agrega al suministro temporal indicado anteriormente.
- Puede haber cambios en el entorno de su tratamiento debido al nivel de atención que requiere. Las transiciones pueden incluir:
    - Ser dado de alta del hospital a su domicilio.
    - Finalizar su estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen todos los cambios de farmacia) y que ahora necesitan usar su plan de la Parte D.
    - Renunciar al Estado de necesidad de cuidados paliativos y volver a la cobertura de la Parte A Y B de Medicare.
    - Ser dado de alta de hospitales psiquiátricos con regímenes altos de medicamentos regímenes farmacológicos.

Para estas transiciones no planificadas, es posible que necesite solicitar una excepción o apelación para una cobertura continua de su medicamento. Además, el gerente de beneficios del plan revisará su solicitud de continuación del tratamiento sobre una base de caso por caso si ha tenido un cambio en el nivel de atención y si está estable en un régimen de medicamento que, si es alterado, tiene riesgos conocidos.

Las modificaciones de reposición anticipada no se utilizarán para limitar el acceso adecuado y necesario a los beneficios de la Parte D si usted es admitido o dado de alta de un centro de cuidado a largo plazo. Se le permitirá acceder a un resurtido al momento de la admisión o el alta de un centro de cuidado a largo plazo.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

En el período durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene dos opciones:

Opción 1: Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si hay un medicamento diferente cubierto por nuestro plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten 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 solicitarle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede pedirle a nuestro plan que 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, la Sección 7.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer. Se le explicarán los procedimientos y plazos de entrega que Medicare ha fijado para asegurarse de que su solicitud sea tramitada de inmediato y con imparcialidad.

Sección 5.1 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior

que podría funcionar igual de bien para usted. Llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten 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 costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 7.4 del Capítulo 9 para saber qué hacer. Se le explicarán los procedimientos y plazos de entrega que Medicare ha fijado para asegurarse de que su solicitud sea tramitada de inmediato y con imparcialidad.

Los medicamentos de nuestro nivel 5 (especialidad) no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto de costos compartidos para los medicamentos de este nivel.

SECCIÓN 6 La Lista de medicamentos puede modificarse durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos ocurren al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, nuestro plan podría implementar algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos**
- **Pasar 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**

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

Información sobre cambios en la cobertura para medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos la información sobre estos en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad. A veces, recibirá un aviso directo si se realizaron cambios en un medicamento que toma.

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

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar de inmediato o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
    - Podemos eliminar de inmediato un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento aparecerá en el mismo nivel de gasto compartido o en uno menor y con las mismas restricciones o menos.
    - Realizaremos estos cambios de inmediato solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas versiones de biosimilar nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
    - Podemos hacer estos cambios de inmediato y le informaremos más adelante, incluso si está tomando el medicamento que quitamos o sobre el que hacemos cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
    - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, es posible que eliminemos un medicamento similar de la Lista de medicamentos, lo movamos a un nivel de costo compartido diferente, agreguemos nuevas restricciones, o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos aparecerá en el mismo nivel de gasto compartido o en uno menor y con las mismas restricciones o menos.
    - Realizaremos estos cambios solo si agregaremos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o ciertas versiones de biosimilar nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
    - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
    - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o puede retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, puede que eliminemos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos después de realizar el cambio.

- **Hacer otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos.**
    - Podríamos hacer otros cambios una vez que el año haya comenzado que afecten los medicamentos que usted esté tomando. Por ejemplo, a partir de las advertencias en recuadro de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
    - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con el dispensador sobre las opciones que funcionen mejor para usted, que pueden incluir cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando. Usted y la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. 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 lo afectan durante este año del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. De ser así, el cambio no se aplicará en su caso si está tomando el medicamento en ese momento, pero es probable que estos cambios lo afecten a partir 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Trasladamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Pusimos una nueva restricción sobre el uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que está tomando (excepto para el retiro del mercado, un medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual del plan. Deberá verificar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para saber si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectarán durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Se *excluyen* algunos tipos de medicamentos recetados. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento está excluido, debe pagarlo usted mismo.

A continuación, incluimos tres normas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren en la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso para una indicación *no autorizada* cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. Uso para una indicación *no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de ellos pueden estar cubiertos por su cobertura para medicamentos de Apple Health (Medicaid). Comuníquese con Apple Health (Medicaid) para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Apple Health [Medicaid] en la Sección 6 del Capítulo 2).

- Medicamentos no recetados (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfrío.
- Medicamentos utilizados con fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas recetadas y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante exige como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren solo al fabricante.

Si recibe Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados, no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si usted tiene cobertura para medicamentos a través de Apple Health (Medicaid), el programa Apple Health (Medicaid) de su estado puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no estén cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con el programa Apple Health (Medicaid) de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Encuentre los números de teléfono y la información de contacto de Apple Health [Medicaid] del estado de Washington en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, proporcione la información de miembro de nuestro plan (que puede encontrar en su tarjeta de miembro) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará automáticamente al plan la parte que nos corresponde del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia **su** parte del costo en el momento de retirar su receta.

Si no tiene nuestra información de membresía del plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información, o puede pedirle a la farmacia que busque nuestra información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire.** Puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso a nuestro plan).

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

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

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante la estadía. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras normas para la cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente de un centro de atención a largo plazo (LTC)

Normalmente, un LTC, como un hogar de convalecencia, tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un

centro de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la que utiliza, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* en www.medicare.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage/ para averiguar si la farmacia LTC o la que utiliza es parte de nuestra red. Si no forma parte de la red, o si necesita más información o ayuda, llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si reside en un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene alguna restricción, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de un empleador o para jubilados

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

En general, si tiene cobertura grupal para empleados o jubilados, la cobertura para medicamentos que le brindamos será *secundaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que su cobertura grupal paga primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le indique si su cobertura para medicamentos para el año calendario siguiente es acreditable.

Si la cobertura del plan del grupo es acreditable, quiere decir que nuestro plan incluye una cobertura para medicamentos que, en promedio, paga al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare.

Conserve los avisos sobre la cobertura acreditable, ya que es posible que los necesite más adelante para demostrar que mantuvo la cobertura acreditable. Si no recibió el aviso de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere determinados medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir un aviso del dispensador o de su proveedor del hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deben estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor del hospicio o dispensador que le proporcionen un aviso antes de que se surta su medicamento recetado.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que le den el alta de un hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando finaliza su beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para asegurarnos de que nuestros miembros reciban una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como los siguientes:

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

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

Sección 10.1 Programa de Administración de Medicamentos para ayudar a los miembros a usar los medicamentos opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen opioides recetados y otros medicamentos que se abusan con frecuencia. Este programa se denomina Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios dispensadores o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podríamos hablar con sus dispensadores para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Si al trabajar con sus dispensadores decidimos que es posible que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepina recetados no sea seguro, es posible que limitemos la forma en la que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, es posible que las limitaciones sean las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina recetados en determinadas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina recetados de determinados dispensadores.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o de benzodiazepina que le cubriremos.

Si planeamos limitar cómo obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos, o si deberá obtenerlos con receta solo de un dispensador o una farmacia en particular. Tendrá la oportunidad de informarnos qué dispensadores o farmacias prefiere utilizar y cualquier otra información que considere importante para nosotros. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No estará en nuestro Programa de Administración de Medicamentos (DMP) si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor asociado con el cáncer o enfermedad de células falciformes; está recibiendo atención de hospicio, paliativa o en un centro de atención en la etapa final de la vida o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM). Este

programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros para asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de costos de medicamentos o que están en un DMP para ayudarlos a usar de forma segura los opioides, pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Si reúne los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevarán a cabo una revisión completa de sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que tiene una lista recomendada que incluye los pasos que debe tomar para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma, cuándo y por qué los toma. Además, los miembros que participan en un programa de MTM recibirán información sobre el desecho seguro de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

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

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente y le enviaremos la información. Si decide no participar, notifíquenoslo y revocaremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:
Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por medicamentos de la Parte D

Usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos son de la Parte D. Algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Para comprender la información de pago, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5 se explican estas reglas. Cuando usted utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” (Real-Time Benefit Tool) de nuestro plan para consultar la cobertura de medicamentos www.medicare.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage/), el costo que ve muestra una estimación de los gastos de bolsillo que deberá que pagar. También puede obtener la información proporcionada en la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si recibe “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados de la Parte D?

Debido a que es elegible para Apple Health (Medicaid), reúne los requisitos para Ayuda Adicional de Medicare y recibe esta ayuda para pagar los costos del plan de medicamentos recetados. Si recibe Ayuda Adicional, **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 inserto por separado, llamado Cláusula adicional de Evidencia de cobertura para personas que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados (también conocida como Cláusula adicional de subsidio para bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre su cobertura para medicamentos. Si no tiene este inserto, llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la cláusula adicional del LIS.

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

Hay tres tipos diferentes de costos de bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le pueden pedir que pague:

- El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El **copago** es un monto fijo que paga cada vez que surte un medicamento recetado.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que surte un medicamento recetado.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los costos de bolsillo

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que no se tiene en cuenta para los costos de bolsillo que paga. Estas son las normas que debemos seguir para llevar un registro de los costos de bolsillo que paga.

Estos pagos <u>se incluyen</u> en los gastos que debe pagar de su bolsillo.

Los costos que paga de su bolsillo incluyen los pagos que figuran a continuación (siempre que sean para los medicamentos cubiertos de la Parte D y usted siga las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
    - Etapa del deducible
    - La etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos hecho por familiares o amigos.
- Cualquier pago realizado por la Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud sindicales o del empleador, el Servicio de Salud para la Población India Estadounidense, Programas de Asistencia de Medicamentos para el SIDA, los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas.

Cambiar a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o quien pague en su nombre) haya pagado un total de $2,100 en costos que paga 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 se incluyen en los gastos que debe pagar de su bolsillo.

Los costos de bolsillo que paga **no incluyen** ninguno de los siguientes tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que realiza para los medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare.
- Pagos de sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Asuntos de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, compensación laboral).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de Descuentos de Fabricantes

Recordatorio: Si alguna otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo de los medicamentos, debe informarlo a nuestro plan llamando al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247, (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Cómo llevar un registro de sus gastos totales de bolsillo

- La *Explicación de beneficios* (EOB) de la Parte D que recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto llegue a $2,100, la *EOB de la Parte D* le informará que usted dejó la Etapa de cobertura inicial y pasó a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. Consulte la Sección 3.1 para saber lo que puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de Dual Complete de CHPW

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos bajo Dual Complete de CHPW. El monto que paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentra cuando obtiene un medicamento recetado o resurtido. En este capítulo se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son:

- **Etapa 1: Etapa del deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

SECCIÓN 3 En su *Explicación de beneficios de la Parte D* se explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que realiza cuando obtiene recetas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo pasó de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Realizamos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Gastos de bolsillo:** esto es lo que pagó. Esto incluye lo que pagó al recibir un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la "Ayuda Adicional" de Medicare, planes de salud sindicales o del empleador, el Servicio de Salud para la Población India Estadounidense, Programas de Asistencia de Medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas, y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de medicamentos:** este es el total de todos los pagos hechos por sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Aquí encontrará lo que nuestro plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron 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.** Este informe incluye detalles de pago de las recetas que surtió el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que nuestro plan pagó, 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 el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento y la información sobre cambios en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de medicamentos recetados de la misma cantidad.

- **Medicamentos recetados alternativos disponibles a costo más bajo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamación de medicamentos recetados, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los 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. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada, siempre y cuando:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto ayuda a asegurarnos de que sepamos cuáles son los medicamentos recetados que obtiene y lo que paga por ellos.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay veces que es posible que deba pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los costos de bolsillo, proporciónenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
    - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando paga un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
    - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta para los costos de bolsillo. Por ejemplo, para los costos de bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para la Población India Estadounidense y las organizaciones benéficas. Guarde un registro de estos pagos y envíenoslos 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 Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Etapa del deducible

Debido a que la mayoría de nuestros miembros reciben Ayuda Adicional para los costos de sus medicamentos recetados, la etapa de deducible no se aplica a la mayoría de los miembros. Si recibe Ayuda Adicional, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Consulte el inserto por separado (la *cláusula adicional del LIS*) para obtener información sobre el monto de su deducible.

Si no recibe Ayuda Adicional, la etapa del deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte la primera receta del año. Cuando en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar el monto deducible de nuestro plan, que es de $0 a $615 para 2026. El deducible no aplica a productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas la vacuna contra la varicela, el tétanos y las vacunas para viajes. El **costo total** suele ser más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede superar el precio justo máximo más las tarifas de dispensación de medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que paga entre $0 y $615 por sus medicamentos, abandona la Etapa de deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene

Durante la etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte (el monto de coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde surte la receta.

Nuestro plan tiene 6 niveles de costos compartidos

Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos del plan se encuentran 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: medicamentos genéricos preferidos (el nivel más bajo)
- Nivel 2: medicamentos genéricos
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos
    - Usted paga un copago de $35 o un coseguro del 25%, lo que sea menor, por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 4: medicamentos no preferidos

    - Usted paga un copago de $35 o un coseguro del 25%, lo que sea menor, por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 5: medicamentos especializados (nivel más alto)
- Nivel 6: atención selecta
    - Usted no paga nada por los medicamentos de este nivel.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de las siguientes farmacias:

- Una farmacia minorista de la red de servicio.
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5, para averiguar cuándo cubriremos un medicamento recetado surtido en una farmacia fuera de la red.
- Una farmacia de venta por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 y el Directorio de farmacias del plan www.medicare.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage/.

Sección 5.2 Sus costos por un *suministro para un mes* de un medicamento cubierto

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

El monto del coseguro depende del nivel de costos compartidos.

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

Nivel	Costos compartidos dentro de la red del comercio minorista estándar (un suministro para 30 días como máximo)	Compartido de venta por correo estándar (un suministro para 30 días como máximo)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (un suministro para 31 días como máximo)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro para *30* días como máximo)
Nivel 1 de costo compartido *(medicamentos genéricos preferidos)*	Coseguro de hasta el 25% (los montos varían según el nivel de ingresos)	Coseguro de hasta el 25% (los montos varían según el nivel de ingresos)	Coseguro de hasta el 25% (los montos varían según el nivel de ingresos)	Coseguro de hasta el 25% (los montos varían según el nivel de ingresos)
Nivel 2 de costo compartido *(Medicamentos genéricos)*	Coseguro de hasta el 25% (los montos varían según el nivel de ingresos)	Coseguro de hasta el 25% (los montos varían según el nivel de ingresos)	Coseguro de hasta el 25% (los montos varían según el nivel de ingresos)	Coseguro de hasta el 25% (los montos varían según el nivel de ingresos)
Nivel 3 de costo compartido *(Medicamentos de marca preferidos)*	Coseguro de hasta el 25% (los montos varían según el nivel de ingresos)	Coseguro de hasta el 25% (los montos varían según el nivel de ingresos)	Coseguro de hasta el 25% (los montos varían según el nivel de ingresos)	Coseguro de hasta el 25% (los montos varían según el nivel de ingresos)
Nivel 4 de costo compartido *(No preferido)*	Coseguro de hasta el 45% (los montos varían según el nivel de ingresos)	Coseguro de hasta el 45% (los montos varían según el nivel de ingresos)	Coseguro de hasta el 45% (los montos varían según el nivel de ingresos)	Coseguro de hasta el 45% (los montos varían según el nivel de ingresos)
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	Coseguro de hasta el 25% (los montos varían según el nivel de ingresos)	Coseguro de hasta el 25% (los montos varían según el nivel de ingresos)	Coseguro de hasta el 25% (los montos varían según el nivel de ingresos)	Coseguro de hasta el 25% (los montos varían según el nivel de ingresos)
Nivel 6 (Atención selecta)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago

No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Consulte la Sección 8 para obtener más información sobre los costos compartidos 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 tenga que pagar el costo del suministro de todo el mes

Por lo general, el monto que paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Es posible que haya ocasiones en las que a usted o su médico le gustaría recibir un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le proporcione un suministro para menos de un mes completo, si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido.

Si recibe un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo, no deberá pagar el suministro para el mes completo.

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será inferior.
- Si usted es responsable de pagar un copago del medicamento, solo pagará la cantidad de días del medicamento que recibe en lugar de un mes completo. Calculamos la cantidad que paga por día por su medicamento (el "costo compartido diario") y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro a largo plazo *(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 suministro a largo plazo es un suministro para hasta 90 días.

Sus costos por un suministro *a largo plazo* (*90* días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (un suministro para *90* días como máximo)	**Compartido de venta por correo estándar** (un suministro para *90* días como máximo)
Nivel 1 de costo compartido *(Medicamentos genéricos preferidos)*	Coseguro de hasta el 25% (los montos varían según el nivel de ingresos)	Coseguro de hasta el 25% (los montos varían según el nivel de ingresos)

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro para *90* días como máximo)	Compartido de venta por correo estándar (un suministro para *90* días como máximo)
Nivel 2 de costo compartido *(Medicamentos genéricos)*	Coseguro de hasta el 25% (los montos varían según el nivel de ingresos)	Coseguro de hasta el 25% (los montos varían según el nivel de ingresos)
Nivel 3 de costo compartido *(Medicamentos de marca preferidos)*	*El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 3.*	*El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 3.*
Nivel 4 de costo compartido *(No preferido)*	*El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 4.*	*El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 4.*
Nivel 5 de costo compartido *(Medicamentos especializados)*	*El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.*	*El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.*
Nivel 6 de costo compartido *(Atención selecta)*	$0 de copago	$0 de copago

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos anuales que paga de su bolsillo el año alcanza los $2,100

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el total de gastos de bolsillo alcanza los $2,100. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

La EOB de la Parte D que recibe le ayudará a llevar un registro de cuánto usted, nuestro plan y cualquier tercero han gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de $2,100 de su bolsillo en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. (Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo).

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

En la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted reúne los requisitos para la etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos de bolsillo hayan alcanzado $2,100 para el año calendario. Una

vez que esté en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por 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 la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no pagó su deducible. Vaya a la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al *711*) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

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

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

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de 3 cosas:

1. **Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).**
   - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el ACIP y usted no debe pagarlas.
2. **Dónde recibe 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.**
   - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentra.

- Cuando se le administra una vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna, tanto la vacuna en sí como la administración de parte del proveedor. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.

- Otras veces, cuando se le administre una vacuna, solo paga la parte que le corresponde del costo conforme a su beneficio de la Parte D. No paga nada para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.

A continuación, se detallan tres ejemplos de formas en las que podría obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Recibe la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva. En algunos estados, no se permite que las farmacias administren ciertas vacunas).

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

Situación 2: La vacuna de la Parte D se administra en el consultorio de su médico.

- Cuando le administren la vacuna, es posible que pague el costo total de la vacuna en sí y de administración de parte del proveedor.
- Entonces podrá pedirle al plan que le pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio del médico, donde se le administrará.

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, pague a la farmacia su coseguro por la vacuna en sí.
- Cuando su médico administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total por este servicio.
- Entonces podrá pedirle al plan que le pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.

Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó.

CAPÍTULO 7:
Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios o medicamentos cubiertos

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

Nuestros proveedores de la red envían las facturas de sus servicios y medicamentos cubiertos directamente a nuestro plan. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o de los medicamentos que recibió, envíenosla para que la paguemos. Cuando nos envíe la factura, examinaremos la factura y decidiremos si los servicios y los medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya pagó un servicio o producto de Medicare que cubría el plan, puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama **reembolsar**). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Es posible que haya plazos que debe cumplir para que le devuelvan el dinero. Vaya a la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

También puede haber veces 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 la factura con el proveedor. Si no lo logra, envíenos la factura a nosotros en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, le notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor está contratado, aún tiene derecho a recibir tratamiento.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Estos son ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido:

1. **Cuando recibió atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan.**

   - Puede recibir servicios de emergencia o urgencia de cualquier proveedor, independientemente de si forma parte de nuestra red. En estos casos, solicite al proveedor que emita una factura a nuestro plan.
   - Si paga el monto total en el momento de recibir la atención médica, debe pedirnos que le reembolsemos el pago. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
   - Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted adeuda. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya hecho.
     - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
     - Si ya pagó el servicio, le devolveremos el dinero.

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

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

   - Usted solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, denominados **facturación de saldos**. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) 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.
   - Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
   - Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Pídanos que le reembolsemos por sus servicios cubiertos.

3. **Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan**

   Algunas veces, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

   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. Debe enviarnos la documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos el reembolso.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para surtir medicamentos recetados.

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted debe pagar el costo total 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. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para conocer más sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento recetado porque no lleva con usted su tarjeta de miembro de nuestro plan.

Si no tiene la tarjeta de membresía del plan con usted, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque nuestra información de inscripción en nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba 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 al precio negociado de la receta.

6. Cuando usted paga el costo total de un medicamento recetado en otras situaciones.

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. 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, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado de la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. A esto se lo denomina realizar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que se debe cubrir, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o

medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Puede solicitarnos el reembolso llamando o enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Le recomendamos hacer una copia de la factura y de los recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamación dentro de los 365 días posteriores a** la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

Solicitudes de pago de la cobertura para medicamentos recetados: Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

Express Scripts
ATTN: Medicare Part D
P.O. Box 14718
Lexington, KY 40512-4718

Solicitudes de pago de la cobertura de servicios médicos, dentales y de medicamentos de la Parte B: Envíenos por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagados a la siguiente dirección:

Community Health Plan of Washington Medicare Advantage – Claims
P.O. Box 269002
Plano, TX 75026-9002

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos lo que nos corresponde del costo del servicio o medicamento. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtiene un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un

medicamento es mayor al precio negociado). Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.

- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta para explicar las razones por las que no le enviamos el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación.

Si piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o en el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

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

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

Nuestro plan debe asegurarse de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de una manera culturalmente competente y sean accesibles a todos los inscritos, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de intérpretes, teletipos o conexión de TTY (teléfono con texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle materiales en español y braille, tamaño de letra grande u otros formatos alternativos de forma gratuita, si fuera necesario. Debemos brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan debe proporcionarles a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

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

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para consultar a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame o escriba para presentar un reclamo a Community Health Plan of

Washington**,** Attention: Appeals and Grievances, 1111 Third Avenue, Suite 400, Seattle, WA 98101. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un PCP de la red de nuestro plan que brinde y coordine los servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una derivación.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red de nuestro plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.

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

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y la información personal de salud. Protegemos su información personal de salud 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.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control sobre 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.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las circunstancias indicadas a continuación, si pretendemos darle su información de salud a cualquier persona que no le brinde atención ni pague por su atención, *primero estamos obligados a obtener permiso por escrito de su parte o de alguien a quien le haya dado poder legal para tomar decisiones por usted.*

- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
    - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
    - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos recetados 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 la información que lo identifique de manera única no se comparta.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos en poder de nuestro plan y a obtener una copia. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o que corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con terceros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al *711*).

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Dual Complete de CHPW, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (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 nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted 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 brindan información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9 se brinda información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura tiene restricción. En el Capítulo 9 también se brinda información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también denominada apelación.

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

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

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:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Tiene el derecho a que se le informen todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o si tienen cobertura de nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros 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 de su atención. 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".** Usted tiene la opción de 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, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por cuenta propia

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, puede realizar lo siguiente:

- Llenar 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.
- **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 sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. Los documentos denominados **testamento vital** y **poder de representación para las decisiones de atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtener un formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, un asistente social o algunas tiendas de suministros de oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede llamar al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar los formularios.
    - Para descargar un formulario de decisiones anticipadas u obtener uno por correo, ingrese en www.wsma.org/advance-directives
- **Complete el formulario y fírmelo.** No importa cómo obtenga el formulario, se trata de un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo 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 como responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- En el hospital se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.

- Si no lo ha hecho, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted elige completar una directiva anticipada (incluso si desea firmarla cuando esté en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firmó instrucciones anticipadas y considera que el médico o el hospital no han seguido las instrucciones consignadas en ese documento, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud (DOH) del Estado de Washington.

Washington State Department of Health
Health Systems Quality Assurance (HSQA) Complaint Intake
P.O. Box 47857
Olympia, WA 98504-7857

Teléfono: 360-236-4700
TTY: Marque 711.
Fax: 360-236-4818

Correo electrónico: www.HSQAComplaintIntake@doh.wa.gov

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Sección 1.7 Si cree que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no están siendo respetados

Si siente que no se lo ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, 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 a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si considera que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos, *y esto no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema en estos lugares:

- **Llame al Servicio al Cliente de nuestro plan al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-562-6900
- **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 puede obtener más información sobre sus derechos?

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-562-6900
- **Comuníquese con Medicare**
    - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)
    - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación se enumera lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan. Si tiene preguntas, llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (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 aprender lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
    - En los Capítulos 3 y 4 se proporcionan detalles acerca de los servicios médicos.
    - En los Capítulos 5 y 6 se proporcionan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura médica o de medicamentos además de nuestro plan, debe informarnos.** En el Capítulo 1 se explica la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía del plan y su tarjeta de Apple Health (Medicaid) cada vez que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**

  - Para ayudar a obtener la mejor atención, infórmele a sus médicos y a otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otros establecimientos.
- **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el medicamento.
- **Si se muda *dentro* del área de prestación de servicios de nuestro plan, debemos estar al tanto** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de prestación de servicios de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- **Si se muda, debe comunicarse con el Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:
Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para manejar problemas e inquietudes. El proceso que se utiliza para manejar su problema depende de dos cosas:

1. Si su problema es sobre los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Apple Health** (**Medicaid)**. Si necesita ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare o el proceso de Apple Health (Medicaid), o ambos, llame a Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

2. El tipo de problema que tiene:
   - Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
   - Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas,** también denominado reclamo).

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto que debe seguir y lo que debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales para algunas de las normas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, en este capítulo se utilizan palabras más conocidas en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, en ocasiones, es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos usar para obtener la ayuda o la información correctas, incluimos estos términos legales cuando damos detalles sobre cómo manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato con usted, estamos obligados a respetar su derecho a queja. Siempre debe llamar al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de 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 ayudar son las siguientes:

Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (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 ayudarle a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Llame a los asesores de Beneficios de Seguros Médicos en todo el Estado (SHIBA) al 1-800-562-6900.

Medicare

También puede ponerse en contacto con Medicare para obtener ayuda:

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

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Llame a la Autoridad de Atención Médica del estado de Washington al 1-800-562-3022, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

Debido a que tiene Medicare y recibe ayuda de Apple Health (Medicaid), tiene diferentes procesos que puede utilizar para manejar su problema o queja. El proceso que utilice depende de si el problema se trata de los beneficios de Medicare o de los beneficios de Apple Health (Medicaid). Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, utilice el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Apple Health (Medicaid), utilice el proceso de Medicaid. Si necesita ayuda para decidir si usar el

proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, llame a Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

¿Su problema son los beneficios de Medicare o los beneficios de Apple Health (Medicaid)?

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

Vaya a la **Sección 4: Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare.**

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

Vaya a la **Sección 12: Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid.**

SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

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

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos de la Parte D) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la **Sección 5: Guía para las decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 11: Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 5 Guía para las decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte D, incluidos los pagos). Para simplificar las cosas, en general, llamamos **atención médica** a artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare. Debe acudir al proceso de apelaciones y decisiones sobre la cobertura para asuntos como determinar si algo tiene cobertura o no, y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Si usted quiere saber si cubriremos determinada atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si un médico de la red de nuestro plan lo deriva a un especialista médico que no pertenece a la red, esta referencia se considera una decisión favorable de cobertura, a menos que usted o su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista, o la *Evidencia de cobertura* aclare que el servicio al cual fue derivado nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está autorizado legalmente a hacerlo o si usted pide que se retire la solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará 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 y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos que la atención médica no está cubierta o que dejó de estar cubierta para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. En determinadas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por revisores diferentes 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 verificar si seguimos correctamente las normas. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En limitadas circunstancias, se rechazará una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza 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 apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para la atención médica, su apelación hará lo siguiente pasará automáticamente a una apelación de nivel 2 llevada a cabo por una Organización de Revisión Independiente. no está relacionado con nosotros.

- No debe realizar nada para comenzar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de la atención médica al Nivel 2 si no estamos de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Vaya a la **Sección 6.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan en la Sección 7.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (en este capítulo se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

- **Llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación anterior al Nivel 2, será necesario que se designe como su representante. Llame al Servicio al Cliente y solicite 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 nuestro sitio web en medicare.chpw.org/member-center/member-resources/medicare-plan-documents/

- Para la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro dispensador 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 dispensador puede solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede designar 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, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite 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 nuestro sitio web en www.medicare.chpw.org/member-center/member-resources/medicare-plan-documents/ Este formulario le otorga a esa persona permiso para actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted 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 del plazo establecido para tomar una decisión sobre su apelación, se rechazará su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho a pedirle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 5.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. Damos los detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 6:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 7:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto.
- **Sección 9:** "Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura va a acabar demasiado pronto" (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro de qué información se aplica a su caso, llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o quiere que le devolvamos el dinero por su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 del Cuadro de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamentos de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

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

1. No está recibiendo la atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que nuestro plan cubre esta atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Usted recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le informamos que no pagaremos por esa atención. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**
4. Usted recibió y pagó atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, y desea pedirle a nuestro plan que le reembolse esa atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**

5. Le informan que la cobertura para cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos anteriormente se reducirá o se suspenderá, y usted cree que reducir o suspender esa atención podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un CORF, vaya a las Secciones 8 y 9. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura que tiene que ver con su atención médica se denomina **determinación de la organización.**

Una decisión rápida de cobertura se denomina una **determinación acelerada**.

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

Una decisión estándar de cobertura generalmente se toma dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, dentro de 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios, o dentro de 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, se toma una decisión rápida de cobertura dentro de 72 horas para los servicios médicos o de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándares podría poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad para recuperar la función.

Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.

Si nos pide una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura. Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se explicará lo siguiente:

- Que usaremos los plazos estándares.
- Explica que si su médico solicita una decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida sobre la cobertura.
- Que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle 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 rápida de cobertura.

- 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. En el Capítulo 2 podrá encontrar la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones estándar de cobertura usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud para un artículo o servicio médico que esté sujeto a nuestras reglas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que solicitó no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

- **No obstante,** si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas.

Para decisiones de cobertura rápidas, usamos un plazo acelerado.

Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas, si solicita un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le responderemos dentro de las 24 horas.

- **No obstante,** si usted solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más**. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

- Si cree que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Vaya a la Sección 11 para obtener información sobre quejas). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito para explicarle por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, puede apelar.

Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedir volver a obtener la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan acerca de una decisión de cobertura para atención médica se llama una **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Generalmente, se toma una decisión estándar dentro de 30 días calendario o de 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. En general, se realiza una apelación rápida en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención médica, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos 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 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.**
  En el Capítulo 2 podrá encontrar la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.**
  En el Capítulo 2 podrá encontrar la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para informarle

nuestra respuesta sobre 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 buenas causas pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.
- Cuando revisamos su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y es posible que nos comuniquemos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento de la Parte B.
    - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 6.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos una respuesta **dentro de los**

7 días calendario después de recibir su apelación. Le informaremos de nuestra decisión antes si su salud así lo exige.

- No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Vaya a la Sección 11 para obtener información sobre quejas).
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. En la Sección 6.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionarle 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 una parte o la totalidad de su apelación,** enviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

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 contratada por Medicare**. No tiene relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **expediente de caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá 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 **en un plazo de 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Si solicita un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si solicita un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe dar una respuesta a su apelación de nivel 2 dentro de los **7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- Si solicita un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le comunica su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud para un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de **72 horas** o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de recibir la decisión de parte de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares**. En el caso de **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud para un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibir la decisión de

parte de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares.** En el caso de **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.

- **Si la organización de revisión independiente rechaza parte o a la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para la atención médica no debe ser aprobada. (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 hace lo siguiente:
    - Se explica la decisión.
    - Se le informa sobre su derecho de presentar una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de la atención médica cumple un cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará cómo conocer el monto en dólares al que debe llegar para continuar con el proceso de apelaciones.
    - Se 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.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de 5 niveles de apelación). Si desea pasar a la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que reciba después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o un mediador. En la Sección 10 se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 6.5 Si nos solicita que le reembolsemos una factura que recibió por atención médica

Si ya pagó un servicio o artículo de Apple Health (Medicaid) cubierto por nuestro plan, solicite a nuestro plan que le devuelva el dinero (le reembolse). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica por

la que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted ha seguido las normas, le enviaremos el pago del costo generalmente en un plazo de 30 días calendario, pero no en una fecha posterior a los 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. Si aún no pagó por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta, o usted no siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos por la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que figura en la Sección 6.3. Para apelaciones sobre reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos solicita el reembolso por atención médica que ya recibió y pagó, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el dinero de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, vaya al Capítulo 5). Para obtener más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, vaya a los Capítulos 5 y 6. **En esta sección, se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en

lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento recetado cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Para algunos medicamentos, debe obtener nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede surtirse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal:

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 con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Solicitar cobertura de un medicamento de la Parte D que no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Si nos pide pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Si nos pide la preaprobación para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Si nos pide que paguemos por un medicamento recetado que ya compró. **Pídanos un reembolso. Sección 7.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y apelaciones.

Sección 7.2 Cómo solicitar una excepción

Término legal:

Solicitar cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al formulario**.

Solicitar que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento es una **excepción al formulario**.

Solicitar pagar un precio inferior por un medicamento cubierto no preferido es una **excepción de nivel.**

Si un medicamento no está cubierto de la forma que usted desearía, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Cuando pida una excepción, para que podamos considerarla, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 2 ejemplos de excepciones que usted, su médico o dispensador pueden solicitarnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto del costo compartido que debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**. En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o dispensador deben darnos una declaración que explique las razones médicas por las que usted 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.

Habitualmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo tuviera la misma efectividad que el medicamento

que está solicitando y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general no aprobaremos la excepción que solicita

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es 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 solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

Una decisión rápida de cobertura se denomina **determinación acelerada de cobertura.**

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

Las **decisiones estándar de cobertura** se toman en **un plazo de 72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las **decisiones rápidas de cobertura** se toman en **un plazo de 24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión rápida de cobertura. **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir 2 requisitos:**

- Debe estar solicitando un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura para que se le reembolse por un medicamento que ya compró).
- Utilizar los plazos estándares podría poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
- **Si su médico o dispensador nos indican que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, le otorgaremos automáticamente una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos pide una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico o dispensador, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se explicará lo siguiente:
    - Que usaremos los plazos estándares.

- Si su médico o dispensador piden una decisión rápida de cobertura, le otorgaremos automáticamente una decisión rápida de cobertura.
- Hay formas para presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Responderemos su queja en un plazo de 24 horas después de la recepción.

Paso 2: Solicite una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web www.medicare.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage/requesting-exceptions-and-coverage-determination/ En el Capítulo 2 podrá encontrar la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que recete) o su representante pueden hacerlo. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo autorizar por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo,** donde se explican los motivos médicos para solicitar la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O bien, 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: Consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.

Plazos para una decisión rápida de cobertura

- Por lo general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido su solicitud.
  - En el caso de excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración de su médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito para explicarle por qué rechazamos su solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que aún no recibió

- Por lo general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.
    - En el caso de excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración de su médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito para explicarle por qué rechazamos su solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito para explicarle por qué rechazamos su solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedir de nuevo obtener la

cobertura para medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D se denomina redeterminación del plan.

Una apelación rápida se denomina **redeterminación acelerada.**

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, se presenta una apelación estándar dentro de un plazo de 7 días calendario. En general, se realiza una apelación rápida en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no recibió, usted y su médico, o dispensador, tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura que aparecen en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro profesional que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** En el Capítulo 2 podrá encontrar la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al** 1-800-942-0247. En el Capítulo 2 podrá encontrar la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud de redeterminación de cobertura modelo de CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web www.medicare.chpw.org/member-center/member-rights/grievances-appeals/ Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre 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 buenas causas pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos 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 su apelación.

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

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Es posible que nos pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 7.6 se explica el proceso de apelación del Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar para un medicamento que aún no recibió

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su estado de salud así lo exige.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 7.6 se explica el proceso de apelación del Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero a más tardar **7 días calendario** después de haber recibido su apelación.

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito para explicarle por qué rechazamos su solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso 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 7.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

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 contratada por Medicare.** No tiene relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe ponerse en contacto con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de

Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo ponerse en contacto con la organización de revisión independiente.

- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión en el plazo correspondiente o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **de riesgo** conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la entidad de revisión independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. A esta información se la denomina su **expediente de caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

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

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente 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.
- Si la organización de revisión independiente acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que todavía no obtuvo. Si nos solicita que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le comunica su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la

organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos brindar la **cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo 72 de horas** después de recibir la decisión de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si la organización de revisión independiente rechaza parte o a la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que se hace lo siguiente:

- Se explica la decisión.
- Se le informa sobre su derecho de presentar una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos cumple un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- Se le informa el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea pasar a la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que reciba después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o un mediador. En la Sección 10 se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para que se prepare para el día en que le den el alta. Ellos ayudarán a coordinar la atención que es posible que necesite después de que se vaya.

- El día en que se va del hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se decida la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo indicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá una notificación escrita de Medicare que le informa sobre sus derechos

Dentro de los 2 días calendario posteriores al ingreso en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero), pida a cualquier empleado del hospital que lo solicite. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (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.** Le dice lo siguiente:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite 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 internación.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una forma legal y formal de pedir un retraso en la fecha del alta para que cubramos su atención hospitalaria durante un tiempo más largo.

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
   - Firmar este aviso *solo* indica que recibió la información sobre sus derechos. En el aviso, no se indica su fecha de alta. Firmar la notificación **no implica** que esté aceptando una fecha de alta.

3. **Guarde la copia** del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, llame a Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (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. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Para pedirnos que cubramos sus servicios para pacientes internados por más tiempo, utilice el proceso de apelación para hacer 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 a Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Llame a los asesores de Beneficios de Seguros Médicos en todo el Estado (SHIBA) al 1-800-562-6900. La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si la 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 para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la organización para la mejora de la calidad de su estado y solicite una revisión inmediata del alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) se le explica cómo ponerse en contacto con esta organización. O bien, encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la organización para la mejora de la calidad *antes* de dejar el hospital y **antes de la medianoche del día del alta.**
    - **Si cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la organización para la mejora de la calidad.
    - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si decide permanecer en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Una vez que solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos comuniquemos, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le da la fecha prevista del alta y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** si llama al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (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). O puede obtener un aviso de muestra 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 creen que debería continuar la cobertura para los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les dimos.

- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que le dé la fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las cuales 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 su respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la acepta?

- Si la organización de revisión independiente *acepta,* **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su solicitud, es porque creen que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. Si esto sucede, **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 su apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la organización para la mejora de la calidad le brinde la 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. Si decide presentar una nueva apelación, significa que pasará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo su decisión sobre 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 su estadía después de la fecha prevista del alta.

Paso 1: Comuníquese con la organización para la mejora de la calidad de nuevo y pida 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 pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de 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 la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de recibida su solicitud de una apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que rechazó su primera apelación por parte de la organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindándole cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de 5 niveles de apelación). Si desea pasar a la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que reciba después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura va a acabar demasiado pronto

Cuando está recibiendo servicios cubiertos de **atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos),** tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre y cuando la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de estos 3 tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar el costo de su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal:

Aviso de la no cobertura de Medicare Le indica cómo puede solicitar una **apelación de vía rápida.** Solicitar una apelación de vía rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso, le informamos lo siguiente:
   - La fecha en la que dejaremos de cubrir la atención para usted.
   - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.
2. **A usted, o a alguien que actúe en su nombre, se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de interrumpir la atención.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones 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 a Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Llame a los asesores de Beneficios de Seguros Médicos en todo el Estado (SHIBA) al 1-800-562-6900. La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

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 apropiada. La **organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la organización para la mejora de la calidad y solicite una apelación de vía rápida. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se le indica cómo comunicarse 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 anterior a la fecha de entrada en vigencia** del *Aviso de la no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con el plazo y quiere presentar una apelación, aún tiene sus derechos de apelación. Comuníquese con la organización para la mejora de la calidad utilizando la información de contacto que figura en el Aviso de no cobertura de Medicare. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la organización para la mejora de la calidad de su estado se puede encontrar en el Capítulo 2.

Paso 2: La organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de la no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones de la 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 creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que les dio nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación, y usted recibirá la *explicación detallada de no cobertura* de nosotros, donde le explicaremos en detalle nuestras razones para cancelar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan; los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole su servicio cubierto mientras siga siendo médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su solicitud?

- Si los revisores *rechazan* su solicitud, **su cobertura finalizará en la fecha que le comunicamos.**
- Si decide seguir recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un CORF *después* de la fecha en la que finaliza su cobertura, **deberá 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 continuar recibiendo la atención después de que haya finalizado su cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la organización para la mejora de la calidad que revise la decisión sobre 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, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un CORF *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la organización para la mejora de la calidad de nuevo y pida 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 pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la 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 la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay otros 3 niveles de apelación después del Nivel 2 (un total de 5 niveles de apelación). Si desea pasar a la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que reciba después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los 2 primeros niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo o un mediador** que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el mediador aceptan su apelación, el proceso de apelaciones puede *concluir* o *no*.** A diferencia de la decisión de una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelarla, se enviará a una apelación de Nivel 4.

- Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez administrativo o del mediador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. 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 el mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones puede *concluir* o *no*.**
  - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

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

- **Si la respuesta es positiva 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 decisión del Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, 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 quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se 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 *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los 2 primeros niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o el mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si el juez administrativo o el mediador rechazan 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 quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

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

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para el medicamento** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, 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 quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se 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 *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Presentación de quejas

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

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados 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
La calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o a la información confidencial compartida?

Queja	Ejemplo
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestro Servicio al Cliente? • ¿Siente que le están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera **Tiempos de espera (continuación)**	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O a nuestro Servicio al Cliente u otro personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de examen, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le hemos dado el aviso requerido? • ¿Nuestra información por escrito es difícil de comprender?
Respeto de los plazos (Estos tipos de quejas tienen que ver con lo *oportuno* de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y apelaciones)	Si ya nos solicitó una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos solicitó una *decisión rápida de cobertura* o una *apelación rápida* y la rechazamos; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o las apelaciones; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos servicios o artículos médicos o medicamentos que se aprobaron; puede presentar una queja. • Considera que no cumplimos con los plazos necesarios para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

En esta sección, una **queja** también se denomina **reclamo.**

Presentar una queja se denomina "**interponer un reclamo**"**.**

Usar el proceso para quejas se dice **usar el proceso para interponer un reclamo**.

Una **queja rápida** se denomina "**reclamo acelerado**".

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Llamar al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele ser el primer paso.** Si hay algo más que tenga que hacer, el Servicio al Cliente se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
  - Los reclamos presentados por escrito y todos los reclamos sobre la calidad de la atención se responden por escrito del siguiente modo:
    - Se dará acuse de recibo del reclamo dentro de los 5 días calendario desde la fecha de recepción. Las respuestas se brindan lo más pronto que requiera su caso, en función de su estado de salud, pero sin que transcurran más de 30 días calendario desde la recepción de su reclamo.
    - Las solicitudes de reclamo acelerado se responden dentro de las 72 horas de la fecha de recepción del reclamo.
  - Puede solicitar una respuesta por escrito para los reclamos que presenta de forma verbal y que se resuelven durante la llamada o punto de contacto.
- En el resto de esta sección se explica más información relacionada con los plazos específicos. El **plazo** para presentar una queja es 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema sobre el que desea quejarse.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **Si es posible, le daremos una respuesta de inmediato.** 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 demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.

- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la queja, o si no nos hacemos responsables del problema del que se está quejando, incluiremos nuestros motivos en nuestra respuesta a usted.

Sección 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la organización Para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, 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 para verificar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 podrá encontrar la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante la organización para la mejora de la calidad y nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Dual Complete de CHPW directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Problemas sobre sus beneficios de Medicaid

SECCIÓN 12 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Si tiene problemas o quejas sobre sus beneficios de Apple Health (Medicaid), puede comunicarse con la Autoridad de Atención Médica (HCA) del estado de Washington. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento para obtener la información de contacto. La Oficina

del Comisionado de Seguros del Estado de Washington ayuda a las personas inscritas en Apple Health (Medicaid) con problemas de servicio o facturación. Pueden ayudarle a presentar una queja o una apelación con nuestro plan.

CAPÍTULO 10:
Cómo finalizar la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en Dual Complete de CHPW puede ser algo **voluntario** (cuando lo decide usted) o **involuntario** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque decidió que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo finalizar su membresía de manera voluntaria.
- También hay 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, nuestro plan debe continuar brindando su atención médica y medicamentos recetados, y usted continuará pagando su costo compartido hasta que se cancele su membresía.

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

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Apple Health (Medicaid), usted puede cancelar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare original *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
- Medicare original *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare (si elige esta opción y recibe Ayuda Adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática).
- Si es elegible, un D-SNP integrado que proporcione Medicare y todos o la mayoría de sus beneficios y servicios de Apple Health (Medicaid) en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Adicional y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- Llame a la Oficina de Medicaid de su estado al 1-800-562-3022 para obtener más información sobre las opciones de su plan Apple Health (Medicaid).
- Otras opciones del plan de salud de Medicare se encuentran disponibles durante el **Período de inscripción abierta**. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de inscripción abierta.
- **Su membresía generalmente terminará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar de plan.** Su inscripción en el nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede cancelar su membresía 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.**
- **Puede elegir 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 para medicamentos.
    - Medicare original *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
    - Medicare original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
    - Si es elegible, un D-SNP integrado que proporcione Medicare y todos o la mayoría de sus beneficios y servicios de Apple Health (Medicaid) en un solo plan.

Usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados en los siguientes casos: Si cambia a Medicare original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Adicional y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage Período de inscripción

Puede hacer *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 también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de adquirido el derecho.

- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, puede hacer lo siguiente:
    - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos.
    - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare original. Si cambia a Medicare original en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare en el mismo momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan diferente de Medicare Advantage o que recibamos su solicitud de cambio a Medicare original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período Período de inscripción

En determinadas situaciones, usted puede ser elegible para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo algunos ejemplos. Para obtener la lista completa, comuníquese con nuestro plan, llame a Medicare o consulte www.Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda.
- Si tiene Apple Health (Medicaid).

- Si es elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar su cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un centro de atención a largo plazo (LTC).
- Si está inscrito en el Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).
- **Nota:** Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que solo sea elegible para ciertos Períodos de inscripción especial. En la Sección 10 del Capítulo 5 encontrará más información sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Nota:** La Sección 2.1 le explica más sobre los períodos especiales de inscripción para las personas con Apple Health (Medicaid).

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura para medicamentos de Medicare. Puede elegir lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos.
- Medicare original *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Medicare original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que proporcione Medicare y todos o la mayoría de sus beneficios y servicios de Apple Health (Medicaid) en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Adicional y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar su cobertura de medicamentos: Si cambia a Medicare original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar de la inscripción automática.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de su solicitud para cambiar nuestro plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le explican más sobre los períodos de inscripción especial para las personas con Apple Health (Medicaid) y Ayuda Adicional.

Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene preguntas sobre la cancelación de su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare y usted 2026***.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Lo que debe hacer es lo siguiente:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Cuando comience la cobertura del nuevo plan, se cancelará automáticamente su inscripción en Dual Complete de CHPW.
Medicare original *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Cuando comience la cobertura de medicamentos del nuevo plan, se cancelará automáticamente su inscripción en Dual Complete de CHPW.
Medicare original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para *cancelar la inscripción.*** Llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Dual Complete de CHPW se cancelará cuando comience su cobertura en Medicare original.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Adicional y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Apple Health (Medicaid), llame a Apple Health (Medicaid), 1-800-562,3022, TTY 1-800-848-542, de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m. Pregunte cómo se verá afectada la forma en que recibe su cobertura de Apple Health (Medicaid) si se inscribe en otro plan o regresa a Medicare original.

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

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus productos médicos, servicios y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Siga usando nuestras farmacias de la red o pedidos por correo para surtir sus medicamentos recetados**.
- **Si lo internan el día en que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Dual Complete de CHPW debe finalizar nuestra membresía en determinadas situaciones

Debemos cancelar su membresía en Dual Complete de CHPW si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Apple Health (Medicaid). Como se indicó en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Apple Health (Medicaid).
- Si CHPW determina que ya no cumple con los requisitos de elegibilidad de Apple Health (Medicaid). Recibirá una carta de notificación en la que se le indicará la razón de la posible cancelación de la inscripción. Luego, tendrá 6 meses a partir de la fecha de la carta para responder por la reconsideración de su elegibilidad para la membresía en el plan.
- Si no paga su reducción de gastos médicos, si corresponde.

- Si se muda fuera del área de servicio.
    - Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses. Si se muda o realiza un viaje largo, llame al Servicio al Cliente 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no más es ciudadano estadounidense o se encuentra ilegalmente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos.
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
    - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el inspector general investigue su caso.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame al Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Dual Complete de CHPW no puede pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje de participar en nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben 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. También tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo 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 normas creadas bajo esta ley por parte de 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 ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de prestación de servicios. 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 alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, 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 de su localidad. 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 con el acceso a la atención, llame a Servicio al Cliente al 1-800-942-0247, (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Servicio al Cliente puede ayudar.

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 regulaciones de los CMS en el Título 42,

Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Dual Complete de CHPW, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen las leyes estatales.

SECCIÓN 4 Cesión

No podrá ceder esta Evidencia de cobertura ni ninguno de los derechos, intereses, reclamaciones por dinero adeudado, beneficios u obligaciones en virtud del presente sin nuestro consentimiento previo por escrito.

SECCIÓN 5 Honorarios y gastos de abogados y defensores

En cualquier controversia entre un miembro y Community Health Plan of Washington, cada parte será responsable de sus propios honorarios y gastos, incluidos los honorarios de los abogados y defensores, y otros gastos.

SECCIÓN 6 Responsabilidad del empleador

Para cualquier servicio que, por ley, deba proporcionar un empleador, no le pagaremos al empleador y, cuando cubramos dichos servicios, recuperaremos el valor de los servicios del empleador.

SECCIÓN 7 Evidencia de cobertura vinculante para los miembros

Al elegir la cobertura o aceptar los beneficios de esta Evidencia de cobertura, todos los miembros legalmente capaces de celebrar un contrato, como así también los representantes legales de todos los miembros incapaces de celebrar un contrato, aceptan todas las disposiciones de esta Evidencia de cobertura.

SECCIÓN 8 Responsabilidad de la agencia gubernamental

En el caso de los servicios que la ley exige que sean solo proporcionados o recibidos de una agencia gubernamental, no le pagaremos a la agencia gubernamental, y cuando cubramos dichos servicios, es posible que recuperemos el valor de los servicios de la agencia gubernamental.

SECCIÓN 9 Exención de responsabilidad del miembro

Nuestros contratos con proveedores de la red estipulan que usted no es responsable de los montos que nosotros adeudamos. No obstante, sí es responsable del costo de los servicios no cubiertos que obtiene de proveedores de la red o proveedores fuera de la red.

SECCIÓN 10 Avisos

Le enviaremos nuestros avisos a la dirección más actualizada que tengamos. Usted es responsable de notificarnos los cambios en su dirección. Si se muda, llame a Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 lo antes posible para informar su cambio de domicilio.

SECCIÓN 11 Recuperación de sobrepagos

Podemos recuperar los sobrepagos que hagamos por los servicios de cualquier persona que reciba dicho sobrepago, o de cualquier persona u organización que esté obligada a pagar por los servicios.

SECCIÓN 12 Aviso de subrogación (recuperación de un tercero)

Según la ley de Medicare, tenemos derechos de subrogación cuando hayamos pagado beneficios para el tratamiento de su enfermedad, lesión o afección a causa de un tercero, y usted tiene derecho a recuperar o recibir una recuperación de un tercero. Los derechos de subrogación significan que somos sustitutos y seremos sucesores con respecto a las reclamaciones legales a las que pudiera tener derecho contra terceros para obtener los beneficios en virtud de un tercero considerado responsable. También tenemos derecho al reembolso de cualquier recuperación de terceros por el monto de los beneficios pagados en su nombre. Estos derechos de subrogación no se verán afectados si no participamos en ninguna acción legal que usted inicie en relación con su enfermedad, lesión o afección.

Nuestros derechos de subrogación y reembolso tendrán máxima prioridad, lo que significa que se pagan antes de que se paguen sus otras reclamaciones. Podríamos cobrarle los beneficios de cualquier recuperación parcial o total que usted o su representante legal obtengan, ya sea en forma de acuerdo (antes o después de la determinación de responsabilidad) o sentencia, independientemente de cómo se denominen o califiquen dichos beneficios.

Acepta notificarnos de inmediato cuándo, cómo y dónde ocurrió un accidente o incidente que produjo una enfermedad, lesión o afección, y a proporcionarnos toda la información acerca de las partes involucradas. Debe notificarnos de inmediato si tiene un abogado por dicho accidente o incidente. Usted y su representante legal deben cooperar con nosotros, hacer lo que sea necesario para permitirnos ejercer nuestros derechos de subrogación y reembolso, y no hacer nada que perjudique nuestros derechos.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Apelación: es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura para recibir servicios de atención médica o medicamentos recetados, o el pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de prestación de servicios: es un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de prestación de servicios de nuestro plan de manera permanente.

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que: 1) son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada brindados todos los días en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un enfermero o médico registrado.

Autorización previa: la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos con base en criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención médica en el hogar: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero o terapeuta autorizado, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios recetados).

Ayuda Adicional: un programa de Medicare que ayuda 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 los coseguros.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesitar una nueva receta porque cumple con los

requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son igual de seguros y eficaces que el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesitar una nueva receta (vaya a "**Biosimilar intercambiable**").

Cancelar o **cancelación de la inscripción:** el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de rehabilitación completa para pacientes externos (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como servicios médicos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro para enfermos terminales: es un beneficio que brinda tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermedad terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de los centros para enfermos terminales en su área geográfica. Si elige un centro para enfermos terminales y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como también los beneficios complementarios que ofrecemos.

Centro quirúrgico ambulatorio: es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos a pacientes externos que no requieren hospitalización y que se espera que no pasen más de 24 horas en el centro.

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

Cobertura acreditable para medicamentos recetados: cobertura para medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos recetados de Medicare.

Cobertura para medicamentos de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que le ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por el servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, consulta como paciente ambulatorio en un hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro: un monto que se le pedirá que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%), como su parte del costo por los medicamentos recetados o servicios después de que pague los deducibles.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le dispensa un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en nuestro plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de $1 por día.

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo de suministro: un cargo que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento recetado, como el tiempo de preparar y envolver el medicamento recetado.

Costo total de los medicamentos: para los medicamentos de la Parte D, esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad que paga el plan.

Costos de bolsillo: consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo de bolsillo de un miembro.

Cuidado asistencial: es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, centro para enfermos terminales u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, proporcionado por personas que no tienen habilidades ni capacitación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse o levantarse de una cama o silla, desplazarse y usar el baño. Puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que nuestro plan los pague.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento recetado. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que la receta no está cubierta por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. En este documento, las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura**.

Determinación de la organización: una decisión que nuestro plan toma sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

D-SNP integrado: un plan D-SNP que cubre Medicare y la mayoría de los servicios de Medicaid en virtud de un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se conocen como personas con doble elegibilidad con beneficios completos.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo no nacido), la pérdida de un miembro o la función de un miembro, o pérdida o deterioro grave a una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Entre ellos se incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos de colchones, suministros para personas con diabetes, bombas de infusión IV, dispositivos de generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado $2,100 en concepto de medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: la etapa antes de que el total de sus costos que paga de bolsillo para el año hayan alcanzado el monto del límite que paga de su bolsillo.

Evidencia de cobertura (EOC) y divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra

cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido menor (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y usted desea que renunciemos a la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más que el monto del costo compartido permitido de nuestro plan. Como miembro de Dual Complete de CHPW, usted solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen saldos** o cobren, de otra manera, más del monto del costo compartido que nuestro plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros del plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no celebró un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gasto médico: el monto de gastos médicos que debe pagar dentro de un período específico para calificar para los beneficios de Medicaid. El gasto médico es como un deducible. Algunas personas tienen demasiados ingresos para calificar para Medicaid. Este monto se denomina exceso de ingresos. Algunas de estas personas pueden calificar para Medicaid si gastan el exceso de ingresos en facturas médicas.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información sobre los beneficios y del formulario completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica para los inscritos. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (Autorización previa, Terapia escalonada, Límites de cantidades) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospitalización: es cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada: un uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertos libros de referencia, como el Servicio de Información de Medicamentos del Formulario de Hospitales Estadounidenses y el sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido de tiempo.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicaid (o asistencia médica): un programa federal y estatal conjunto que brinda ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si reúne los requisitos para Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos 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: medicamento recetado fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente lo investigó y desarrolló. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, a los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y normalmente no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por la FDA que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y por lo general es más económico.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas por el Congreso de la cobertura de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

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 Medicare original, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado 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 todas partes en los EE. UU.

Medicare: el programa federal de seguros médicos destinado a personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción se confirmó por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

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 resultan afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Monto máximo de bolsillo: lo máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. Los montos que usted paga, las primas de Medicare Parte A y Parte B y los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el monto máximo de bolsillo. (**Nota:** Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo).

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual del plan por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez. Si pierde la

Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está 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.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Parte C: vaya al plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Medicare original miden su uso de los servicios de los hospitales y el centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si le internan en el hospital o en el centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo del 1 de enero hasta el 31 de marzo, cuando los miembros de 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.

Período de inscripción abierta: el período del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de salud o medicamentos o cambiarse a Medicare original.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

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

Plan de necesidades especiales de atención crónica (C-SNP): los C-SNP son los SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Plan de necesidades especiales equivalente institucional (IE-SNP): un IE-SNP limita la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Plan de necesidades especiales institucional (I-SNP): los I-SNP limitan la inscripción a las 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 consecutivos en determinados centros de atención a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalente institucional (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales brindados en centros (FI-SNP).

Plan de necesidades especiales: es un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en un hogar de convalecencia o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO): es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que acordaron atender a los miembros por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los costos de bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto sobre los costos combinados totales de bolsillo para los servicios de proveedores tanto dentro de 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 compañía 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 Medicare Cost, los planes de necesidades especiales, los programas piloto/de demostración y los programas de atención integral para personas de edad avanzada (PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un plan HMO, ii)

PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir 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 para medicamentos recetados) de Medicare. Estos planes se llaman planes **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados**.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para Personas de Edad Avanzada) combina servicios médicos, sociales y servicios y apoyos de atención a largo plazo (LTSS) para personas frágiles que ayudan a las personas frágiles a permanecer independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) lo antes posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Planes de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP): D-SNP inscribe a personas que tienen derecho a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) y a la asistencia médica de un plan estatal conforme al título XIX de Medicaid. Los estados cubren algunos o la totalidad de los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Medicare original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía aseguradora o a un plan de atención médica para una cobertura médica o de medicamentos recetados.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y funciona como referencia para los fabricantes que hacen una versión biosimilar. También se lo denomina producto de referencia.

Producto biológico: un medicamento recetado que está hecho 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. (Vaya a "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Programa de Descuentos de Fabricantes: un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan para los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se brinda a las personas que cumplen ciertos requisitos o que participan en un Programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Prótesis y ortótica: dispositivos médicos, incluidos, entre otros, las férulas para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, incluyendo suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red/proveedor: proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para brindar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total, y en algunos casos para coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: es un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, propiedad ni son operados por nuestro plan.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelaciones.

Reclamo: un tipo de queja que presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluidas las quejas sobre la calidad de su atención. Esto no incluye disputas de cobertura ni de pago.

Referencia: una orden por escrito de su médico de atención primaria para que usted consulte a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una referencia, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Salud en el hogar: Un sistema integral de coordinación de cuidado para personas con afecciones crónicas que califiquen.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que tienen alguna discapacidad, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Servicio al Cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a las preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales como el cuidado de visión, dental o de audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

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

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, 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 que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable debido al horario, lugar y circunstancias en las que se encuentra para recibir este servicio de proveedores de la red. Los ejemplos de servicios de urgencia incluyen enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran necesarias de forma urgente, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es más 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 bajos ingresos (LIS): vaya a “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Umbral que paga de su bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Servicio al Cliente de Dual Complete de CHPW

Método	Información de contacto del Servicio al Cliente
Llame al	1-800-942-0247 Las llamadas a este número son gratuitas. 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas con dominio limitado del inglés.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
Fax	206-652-7050
Correo postal	Community Health Plan of Washington Attn: Medicare Advantage 1111 3rd Avenue Seattle, WA 98101
Sitio web	www.medicare.chpw.org

Asesores de Beneficios de Seguros Médicos en Todo el Estado (SHIBA) (el SHIP de Washington)

El SHIBA es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento sobre seguros médicos de forma gratuita a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-562-6900
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
Correo postal	SHIBA Helpline Office of the Insurance Commissioner P.O. Box 40255 Olympia, WA 98504-0255

Declaración de divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (PRA). *Según la PRA de 1995, ninguna persona tendrá la obligación de responder a un instrumento de recopilación de información que no exhiba un número de control vigente emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

Comuníquese con nosotros

Miembros potenciales:
1-800-944-1247

Miembros actuales:
1-800-942-0247

TTY: 711

Horario:
De 8:00 a.m. a 8:00 p.m.,
los 7 días de la semana

COMMUNITY HEALTH PLAN
of Washington™
MEDICARE ADVANTAGE

1111 3rd Ave, Suite 400, Seattle, WA 98101-3207

medicare.chpw.org

H5826_MK375_EOC_Dual_Complete_01_2026_C SPA