

Obtenga *más que* Original Medicare

Community Health Plan of Washington

2024 Evidencia de cobertura Dual Select (HMO D-SNP)



COMMUNITY HEALTH PLAN
of Washington™

MEDICARE ADVANTAGE

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

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

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-800-942-0247. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

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

El Servicio al cliente ofrece un servicio de interpretación gratuito para las personas que no hablan inglés. Puede solicitar esta información en formatos alternativos, como braille y tamaño de letra grande.

Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

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

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

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

H5826_MK851_EOC_Dual_Select_09_2024_C_SPA File & Use 09132023

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)

Índice

SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica.....	52
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipos médicos duraderos.....	53
CAPÍTULO 4:	<i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).</i>	55
SECCIÓN 1	Cómo comprender los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos.....	56
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar	59
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de <i>Dual Select de CHPW</i> ?	109
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	110
CAPÍTULO 5:	<i>Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D</i>	115
SECCIÓN 1	Introducción	116
SECCIÓN 2	Surta su medicamento recetado en una farmacia de la red o a través del servicio de venta por correo del plan	117
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan	121
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	123
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera?	124
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?.....	126
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	129
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	130
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	131
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	133
SECCIÓN 11	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra.....	136

CAPÍTULO 6:	<i>Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D</i>	138
CAPÍTULO 7:	<i>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>	140
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos los servicios o medicamentos cubiertos	141
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	144
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no.....	145
CAPÍTULO 8:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	146
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan.....	147
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	154
CAPÍTULO 9:	<i>Lo que debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	156
SECCIÓN 1	Introducción	157
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	158
SECCIÓN 3	Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?	159
SECCIÓN 4	Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare	160
SECCIÓN 5	Una guía de los fundamentos de las decisiones y apelaciones de cobertura	161
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	165
SECCIÓN 7	Medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	174
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto.....	184
SECCIÓN 9	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura va a acabar demasiado pronto.....	192
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y niveles posteriores	199
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente u otras inquietudes.....	202
SECCIÓN 12	Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid	205

CAPÍTULO 10: <i>Cancelación de su membresía en el plan</i>	206
SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan	207
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	207
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	211
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios o artículos médicos y medicamentos a través de nuestro plan	213
SECCIÓN 5 Debemos cancelar su membresía en <i>Dual Select de CHPW</i> en ciertas situaciones	213
CAPÍTULO 11: <i>Avisos legales</i>	216
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes	217
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación	217
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	217
SECCIÓN 4 Cesión.....	218
SECCIÓN 5 Honorarios y gastos de abogados y defensores	218
SECCIÓN 6 Responsabilidad del empleador	218
SECCIÓN 7 Evidencia de cobertura vinculante para los miembros	218
SECCIÓN 8 Responsabilidad de la agencia gubernamental	218
SECCIÓN 9 Exención de responsabilidad del miembro.....	218
SECCIÓN 10 Avisos	219
SECCIÓN 11 Recuperación de sobrepagos.....	219
SECCIÓN 12 Aviso de subrogación (recuperación de un tercero)	219
CAPÍTULO 12: <i>Definiciones de palabras importantes</i>	220

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Está inscrito en <i>Dual Sección de CHPW</i>, que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)
--------------------	---

Usted está cubierto por Medicare y 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 recetados y la atención médica de Medicare a través de nuestro plan, *Dual Select de CHPW*. Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso al proveedor en este plan es diferente a los de Original Medicare.

Dual Select de CHPW es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales). Esto significa que sus beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. *Dual Select de CHPW* está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que recibe asistencia de 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 atención médica de Medicare. Apple Health (Medicaid) del estado de Washington también puede brindarle otros beneficios al cubrir los servicios de atención médica que generalmente no están cubiertos por Medicare. También puede recibir “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. *Dual Select de CHPW* podrá administrar todos estos beneficios a fin de obtener los servicios de atención médica y la asistencia de pago que le corresponde.

Dual Select de CHPW es administrado por una organización sin fines de lucro. Al igual que todos los planes de Medicare Advantage, este plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Nos complace brindarle la cobertura de atención médica de Medicare, incluida la cobertura de medicamentos recetados.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

La **cobertura de este plan califica como cobertura médica calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Medidas de Protección del Paciente y Cuidado de Bajo Costo (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

El documento *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica y los medicamentos recetados de Medicare. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que le corresponde pagar como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Las palabras *cobertura* y *servicios cubiertos* hacen referencia a la atención médica, los servicios médicos y a los medicamentos recetados a su disposición como miembro de *Dual Select de CHPW*.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un poco de tiempo a leer este documento de Evidencia de cobertura.

Si se confunde, está preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Servicio al Cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *Dual Select 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 estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en *Dual Select de CHPW* desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *Dual Select de CHPW* después del 31 de diciembre de 2024. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan *Dual Select de CHPW* cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad
--

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare.
- – Y – viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera a las personas encarceladas dentro del área geográfica de prestación de servicios, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- – Y – Sea ciudadano estadounidense o se encuentre legalmente en los Estados Unidos.
- – Y – 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 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, debe estar inscrito en la Parte A y la Parte B de Original Medicare y recibir la elegibilidad de Medicaid del estado.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la vuelva a obtener en un plazo de seis meses, entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad continúa considerado).

Sección 2.2 ¿Qué es 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, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, como, por ejemplo, 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:

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (En algunos casos, los beneficiarios calificados de Medicare [QMB, por sus siglas en inglés] 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, por sus siglas en inglés] también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Sección 2.3**Esta es el área de servicio de *Dual Select de CHPW***

Dual Select de CHPW se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de prestación de servicios del plan. El área de prestación de servicios se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Washington: Adams, Benton, Chelan, Clallam, Clark, Cowlitz, Douglas, Franklin, Grant, Grays Harbor, Jefferson, King, Kitsap, Kittitas, Lewis, Mason, Okanogan, Pacific, Pend Oreille, Pierce, Skagit, Snohomish, Spokane, Stevens, Thurston, Wahkiakum, Walla Walla, Whatcom y Yakima.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de prestación de servicios, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber si tenemos un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

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 Select de CHPW* si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. *Dual Select de CHPW* debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía que recibirá

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar la tarjeta de miembro cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Apple Health (Medicaid) del estado de Washington al proveedor. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:



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 Select 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 la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato al Servicio al cliente para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores de atención primaria y hospitales

El *Directorio de proveedores de atención primaria* incluye una lista de nuestros proveedores 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.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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 emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que se encuentra inactivo o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que *Dual Select de CHPW* autorice el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en medicare.chpw.org.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores de atención primaria y hospitales*, puede solicitar una copia (electrónica o impresa) a través del Servicio al Cliente. Las solicitudes de copias de Directorios de proveedores de atención primaria y hospitales impresas se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles.

Sección 3.3	Directorio de farmacias
--------------------	--------------------------------

El directorio de farmacias enumera nuestras farmacias de la red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestros planes. Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5, para obtener información sobre cuándo puede acudir a las farmacias que no estén en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través del Servicio al Cliente. Puede llamar al Servicio al cliente en cualquier momento para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en medicare.chpw.org.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en *Dual Select de CHPW*. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la “Lista de medicamentos” de *Dual Select de CHPW*.

La “Lista de medicamentos” le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la “Lista de medicamentos”. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (medicare.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage/) o llamar al Servicio al Cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para *Dual Select de CHPW*

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor.

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Estos 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 el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y 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 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 posee este inserto, llame a Atención al Cliente y solicite la Cláusula adicional LIS.

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, revise la sección titulada *Costos de Medicare para 2024* en su copia del manual *Medicare & You 2024 (Medicare y usted 2024)*. Si necesita una copia, puede descargarla desde el sitio web de Medicare (medicare.gov). O puede pedir una copia impresa por teléfono llamando 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.

Sección 4.1	Prima del plan
--------------------	-----------------------

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. En 2024, la prima mensual de *Dual Select de CHPW* es de \$40.60 En función de su nivel de subsidio de “Ayuda Adicional”, su prima mensual de \$40.60 podrá reducirse hasta \$0. Además, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero paguen su prima de la Parte B).

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 anterior, con el fin de ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para Medicaid, así como tener derecho a la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de *Dual Select de CHPW*, Medicaid paga por su prima de la Parte A (si no califica automáticamente) y su prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye la prima de la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para obtener la Parte A gratuita.

Sección 4.3	Multa por inscripción tardía de la Parte D
--------------------	---

Dado que usted es doblemente elegible, la multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) no se aplica en su caso, 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 recetados acreditable. La Cobertura para medicamentos recetados acreditable 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 recetados 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 **tendrá** que pagarlo si:

- Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus 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 empleador, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le avisarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Es posible que esta información la reciba por carta o se encuentre incluida en un boletín informativo del plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se inscribe, en el futuro, en un plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** El aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos recetados acreditable que se preveía que pagara el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes *no* son una cobertura acreditable para medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Esta es la manera en que 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 recetados, 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, 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. Para 2024, el monto promedio de la prima es de \$34.70.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por \$34.70, lo que es igual a \$4.86. Que se redondea en \$4.90. Esta suma debe agregarse **a la prima mensual de una persona que debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Segundo, **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.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reanuda cuando cumpla 65. 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.

Importante: no deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de las primas de su plan.

Sección 4.4	Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso
--------------------	---

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el Monto de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso o 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 es posible que deba pagar según sus ingresos, visite [medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans](https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans).

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

Si está en desacuerdo con pagar un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, póngase en contacto con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información acerca de su prima mensual

Sección 5.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan

Existen *cuatro* formas para pagar la prima del plan.

Si debe seleccionar una opción de pago diferente para su prima, complete un Formulario de opción de pago que puede encontrar en nuestro sitio web en 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 decide cambiar la forma de pagar la prima, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo.

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. (Los números de teléfono del Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este documento). 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.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Opción 2: puede pagar 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 pagos, ingrese a nuestro sitio web en medicare.chpw.org/member-center/member-self-service/pay-your-bills/.

Opción 3: puede 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 transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés) 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 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 fondos insuficientes (NSF) respecto de la deducción automática de pagos devuelta.

Opción 4: Hacer que la prima se le descuente 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. (Los números de teléfono del Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este documento).

Cómo cambiar la forma en que usted paga la prima. Si decide cambiar la opción con la que paga la prima, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su 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 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).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

Debemos recibir el pago de la prima del plan en nuestra oficina antes del último día de cada mes.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con Atención al Cliente para ver si podemos referirlo a programas que lo ayuden con la prima de su plan.

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

No. No se nos permite cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

No obstante, en algunos casos, es posible que la parte que le corresponde pagar a usted de la prima sufra algunas modificaciones durante el año. Por ejemplo, si resulta ser elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para ese programa durante el año. Si un miembro es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos recetados, el programa de “Ayuda adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Si un miembro pierde su elegibilidad durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual en su totalidad. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de “Ayuda adicional”.

SECCIÓN 6

Cómo mantener actualizado su registro de miembro del 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 demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, la compensación laboral o Apple Health [Medicaid] del estado de Washington).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- 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 su 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 para informarlo.

También es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

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

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame al Servicio al Cliente. Es posible que sus otras aseguradoras le soliciten el número de identificación de miembro del 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), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina pagador principal y paga hasta el máximo de su cobertura. El 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, por sus siglas en inglés):
 - Si tiene menos de 65 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 Select de CHPW* **(cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio al Cliente)**

Cómo puede ponerse en contacto con el Servicio al cliente del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta del miembro, llame o escriba a Servicio al Cliente de *Dual Select de CHPW*. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Información de contacto del Servicio al cliente
LLAME AL	1-800-942-0247 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. El Servicio al cliente también ofrece un servicio de interpretación gratuito para las personas que no hablan inglés.
TTY	Marque 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. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
FAX	1-206-652-7050
ESCRIBA A	Community Health Plan of Washington Attn: CHPW Medicare Advantage 1111 3rd Avenue, Suite 400 Seattle, WA 98101
SITIO WEB	medicare.chpw.org

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura para la atención médica
LLAME AL	1-800-942-0247 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. El Servicio al cliente también ofrece un servicio de interpretación gratuito para las personas que no hablan inglés.
TTY	Marque 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. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
FAX	1-206-652-7050
ESCRIBA A	Community Health Plan of Washington Attn.: CHPW Medicare Advantage 1111 3rd Ave, Suite 400 Seattle, WA 98101
SITIO WEB	medicare.chpw.org

Método	Información de contacto para apelaciones de atención médica
LLAME AL	<p>1-800-942-0247</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.</p> <p>El Servicio al cliente también ofrece un servicio de interpretación gratuito para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>Marque 711.</p> <p>Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.</p>
FAX	1-206-613-8984
ESCRIBA A	<p>Community Health Plan of Washington</p> <p>Attn.: CHPW Medicare Advantage</p> <p>1111 3rd Ave, Suite 400</p> <p>Seattle, WA 98101</p>

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D
LLAME AL	<p>1-844-605-8168, opción 0. Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Nuestros horarios son las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-800-899-2114</p> <p>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. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>
FAX	1-877-251-5896

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D
ESCRIBA A	Express Scripts Attn: Medicare Reviews P.O. Box 66571 St. Louis, MO 63166-6571
SITIO WEB	express-scripts.com

Método	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. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. El Servicio al cliente también ofrece un servicio de interpretación gratuito para las personas que no hablan inglés.
TTY	Marque 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. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
FAX	1-206-613-8984
ESCRIBA A	Community Health Plan of Washington Attn.: CHPW Medicare Advantage 1111 3rd Ave, Suite 400 Seattle, WA 98101

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, 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 atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Información de contacto sobre la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D
LLAME AL	1-800-942-0247 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
TTY	Marque 711. Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
FAX	1-206-613-8983
ESCRIBA A	Community Health Plan of Washington Attn: CHPW Medicare Advantage Grievance and Appeals 1111 3rd Avenue, Suite 400 Seattle, WA 98101
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre <i>Dual Select de CHPW</i> directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, ingrese en medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura del proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagarnos la factura del proveedor. Consulte el 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*).

Tenga en cuenta lo siguiente: si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME AL	1-800-942-0247 Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Las llamadas a este teléfono son gratuitas.
TTY	Marque 711. Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	1-206-652-7050
ESCRIBA A	Envíe por correo las reclamaciones por servicios médicos a la siguiente dirección: Community Health Plan of Washington 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

Método	Solicitudes de pago de Delta Dental of Washington: información de contacto
LLAME AL	833-527-8090 Nuestros horarios son 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. Nuestros horarios son de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 5:00 p.m. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Solicitudes de pago de Delta Dental of Washington: información de contacto
ESCRIBA A	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	DeltaDentalWA.com

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

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a personas mayores de 65 años, 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 (a veces denominados CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Información de contacto de Medicare
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 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.

Método	Información de contacto de Medicare
SITIO WEB	<p data-bbox="412 338 1421 653">Medicare.gov</p> <p data-bbox="412 388 1421 653">Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="412 667 1421 779">El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción para Medicare con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="461 800 1421 1115" style="list-style-type: none"><li data-bbox="461 800 1421 873">• Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare): brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.<li data-bbox="461 888 1421 1115">• Buscador de planes de Medicare: proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare disponibles, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan un <i>estimativo</i> de los costos de bolsillo que podría pagar en diferentes planes de Medicare. <p data-bbox="412 1129 1421 1203">También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de <i>Dual Select de CHPW</i>:</p> <ul data-bbox="461 1224 1421 1778" style="list-style-type: none"><li data-bbox="461 1224 1421 1451">• Infórmele a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre <i>Dual Select de CHPW</i> directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.<li data-bbox="461 1465 1421 1778">• Si no tiene una computadora, las bibliotecas o los centros para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a visitar este sitio web a través de una computadora. O bien, puede llamar a Medicare para pedir la información que está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 **Programa estatal de asistencia sobre seguro médico** (ayuda gratuita, información y respuestas sobre sus preguntas acerca de Medicare)

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. 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 de salud 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 ayudarlo a 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.

MÉTODO DE ACCESO AL SHIP y A OTROS RECURSOS:

- Visite shiphelp.org (Haga clic en el LOCALIZADOR DEL SHIP en medio de la página)
- Seleccione su **STATE** (Estado) de la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Asesores de beneficios de seguros médicos en todo el estado (SHIBA) (el SHIP de Washington): información de contacto
LLAME AL	1-800-562-6900 Las llamadas a este número son gratuitas.
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.
ESCRIBA A	SHIBA Office of the Insurance Commissioner P.O. Box 40255 Olympia, WA 98504-0255
SITIO WEB	insurance.wa.gov/statewide-health-insurance-benefits-advisors-shiba

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

Esta es una organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Washington, la organización para la mejora de la calidad se denomina KEPRO.

KEPRO 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. KEPRO es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

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

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- 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 completa para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés) finaliza demasiado pronto.

Método	KEPRO: (Organización para la mejora de la calidad de Oregón): Información de contacto
LLAME AL	888-305-6759
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.
FAX	844-878-7921
ESCRIBA A	KEPRO 5700 Lombardo Center Dr. Suite 100 Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB	keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y residentes legales permanentes mayores de 65 años, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

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 comunicarse con el Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede utilizar 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. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
SITIO WEB	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.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Apple Health (Medicaid) del estado de Washington que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, como, por ejemplo, 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 (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (En algunos casos, los beneficiarios calificados de Medicare [QMB, por sus siglas en inglés] 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, por sus siglas en inglés] también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B
- **Trabajador discapacitado calificado (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A

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

Método	Autoridad de cobertura médica del estado 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.
ESCRIBA A	Health Care Authority P.O. Box 45531 Olympia, WA 98504-5505
SITIO WEB	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.

Método	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
ESCRIBA A	Washington State Office of the Insurance Commissioner P.O. Box 40255 Olympia, WA 98504-0257
CORREO ELECTRÓNICO	InvestigationRequest@oic.wa.gov
SITIO WEB	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.

Método	Información de contacto del Programa del defensor de derechos de atención a largo plazo del estado de Washington
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.
ESCRIBA A	State Long-Term Care Ombudsman 1200 S 336 th St Federal Way, WA 98003
SITIO WEB	waombudsman.org

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

El sitio web Medicare.gov ([medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs](https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs)) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, explicados a continuación.

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

Debido a que es elegible para Medicaid, califica para la “Ayuda Adicional” y la está recibiendo de Medicare para pagar los costos de su 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 (solicitudes), las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes) (para obtener información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento recetado está pagando una cantidad incorrecta correspondiente a los costos compartidos, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Para determinar el nivel correcto de cobertura de “Ayuda adicional”, nos basamos en las pautas sobre la Mejor evidencia disponible (BAE, por sus siglas en inglés) 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, por sus siglas en inglés)
 - 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 (los números de teléfono están en la contratapa de este documento).

- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento recetado en la farmacia. Si el copago que abona es superior al que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio al Cliente.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los EE. UU. ofrecen ayuda para pagar los medicamentos recetados, las primas de los planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés) o en cualquier otro programa que brinda cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea la “Ayuda adicional”), aún conservará el 70% de descuento sobre los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en el período sin cobertura. Tanto el 70% de descuento como el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes que cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué sucede si tiene cobertura del Programa de asistencia para medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)?

¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. 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 recetados a través del Programa de intervención temprana (EIP). **Nota:** Para ser elegible para el ADAP que funciona en 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, notifíquelo al encargado de inscripción local del ADAP para que usted pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de intervención temprana (EIP) al número gratuito 1-877-376-9316, envíe un fax al 1-360-664-2216 o un 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 algunas 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 Washington, el Programa estatal de asistencia farmacéutica es el Consorcio de seguros de salud del estado de Washington (WSHIP).

Método	Información de contacto del Consorcio de seguros médicos del estado de Washington (WSHIP)
LLAME AL	1-800-877-5187 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	Marque 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 lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
ESCRIBA A	WSHIP P.O. Box 1090 Great Bend, KS 67530
SITIO WEB	wship.org

SECCIÓN 8 **Cómo puede comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios**

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

Método	Información de contacto de la Junta de Jubilación para Ferroviarios
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la RRB de 9 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a.m. a 12 p.m. los miércoles. Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la Junta de Jubilación para Ferroviarios 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 <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov

CAPÍTULO 3:

*Cómo utilizar el plan para
obtener servicios médicos*

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

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Proporciona definiciones de términos y explica las normas que deberá seguir para obtener los tratamientos médicos, los servicios, los equipos, los medicamentos recetados y otra atención médica que cubre el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

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

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de atención médica 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 atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y su monto de costo compartido como pago pleno. Hemos acordado 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 consulta con un proveedor de la red, no debe pagar nada o solo la parte que le corresponde del costo de los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de cobertura 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 del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

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

Como un plan de salud de Medicare, *Dual Select de CHPW* debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare.

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

- **La atención que reciba se incluye en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).

- **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 médico de atención primaria (PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro del 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 autorizarle con antelación antes de que pueda consultar a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una derivación. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las derivaciones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o servicios de urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que deberá pagarle al proveedor el total por los servicios brindados. *A continuación, se presentan tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - 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 obtener más información sobre cómo conseguir una aprobación para consultar con un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando 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 el plan por diálisis nunca puede superar el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de prestación de servicios del plan y obtiene la diálisis de un proveedor fuera de la red del plan, su costo compartido no puede superar el costo compartido 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 del plan, el costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red para obtener atención médica

Sección 2.1	Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención
--------------------	--

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

Consultará a un médico de atención primaria (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 esté capacitado para brindarle atención médica básica.

- Atención preventiva y de rutina
- Radiografías.
- Análisis de laboratorio.
- La 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 elige al PCP?

Puede elegir un PCP de la lista de la red de Dual Select de CHPW 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 a nuestro sitio web en [medicare.chpw.org/find-a-doctor](https://www.medicare.chpw.org/find-a-doctor). También puede consultar o descargar el Directorio de proveedores de atención primaria y hospitales en [at medicare.chpw.org/member-center/member-resources/provider-directory/](https://www.medicare.chpw.org/member-center/member-resources/provider-directory/).

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. También puede solicitar el nombre, el título y las calificaciones profesionales y académicas de cualquier médico de la red.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso deberá elegir a un nuevo PCP.

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	¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin una remisión de su PCP?
--------------------	--

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

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, contra la COVID-19, contra la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no puede comunicarse, 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. Si es posible, llame al Servicio al Cliente antes de dejar el área de prestación de servicios para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera.

- Determinados servicios odontológicos completos y complementarios (consulte “Servicios odontológicos (complementarios)” en la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2.1 del Capítulo 4).
- Determinados beneficios oftalmológicos (consulte “Atención oftalmológica (complementaria)” en la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2.1 del Capítulo 4).
- Beneficios complementarios de salud y bienestar (consulte “Salud y bienestar” en la Tabla de beneficios médicos, Sección 2.1 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. Estos son algunos ejemplos:

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

Los beneficios se proporcionan para los servicios de cobertura médica médicamente necesarios solo cuando su PCP, junto con CHPW, brinda o coordina los servicios. Su PCP le brindará la mayor parte de su cobertura 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 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa. También puede consultar la Lista de autorización previa en línea en [medicare.chpw.org/provider-center/prior-authorization/](https://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.

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

Durante el año, es posible que realicemos cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Si su médico o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, Medicare requiere que le proporcionemos 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 tres años.
 - Si cualquiera de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está asignado a ese proveedor, actualmente recibe atención de su parte o si ha acudido a ese proveedor en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acudir para recibir atención.
- Si está realizando un tratamiento médico o una terapia con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que continúe el tratamiento médicamente necesario o las terapias que está recibiendo.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Comuníquese con el Servicio al Cliente para saber si necesita autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el 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 atención no se está administrando de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, un reclamo sobre la calidad de la atención ante el 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 remisión 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 puede obtener servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre**

Sección 3.1 Cómo obtener atención ante una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

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 derivación del PCP. No es necesario que utilice 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.

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos 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, una vez que el médico haya identificado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera de servicios de urgencia y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

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

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia que requiere atención médica inmediata, pero, dados las circunstancias, no es posible o razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia proporcionados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son: i) un dolor de garganta grave que ocurre durante el fin de semana o ii) una exacerbación imprevista de una afección conocida cuando está temporalmente fuera del área de prestación de servicios.

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 de consejos de enfermería las 24 horas se encuentra disponible en el número 1-866-418-2920 (TTY 711). También puede comunicarse con nuestro Departamento de Servicio al cliente al 1-800-942-0247 (TTY de retransmisión: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas. **Si considera que necesita atención de emergencia, llame al 911 de inmediato.**

Nuestro plan cubre servicios de emergencia o de urgencia 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.

Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre
--------------------	--

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

Ingresa al sitio web medicare.chpw.org 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, su 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. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos
--------------------	--

Si pagó más de lo que le correspondía por el costo compartido del plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el 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*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2	¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?
--------------------	--

Dual Select de CHPW cubre todos los servicios médicamente necesarios como se enumera en la tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o los servicios obtenidos fuera de la red y no estaban autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, 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 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado 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.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese interés, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio, y si comprende y acepta plenamente lo que implica su participación.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare 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 Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación para mostrarnos cuánto pagó. 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 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 proveedores del plan. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios para los cuales nuestro plan es responsable que incluya, como componente, un estudio clínico o un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados conforme las determinaciones de cobertura nacional (NCD) y ensayos sobre dispositivos de investigación (IDE) y pueden estar sujetos a una autorización previa y a otras normas del plan.

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

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

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

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare 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 haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare 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. Para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pagos, consulte el Capítulo 7.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Medicare Original. En ese momento debería notificar a su plan que recibió un servicio de estudio clínico calificado y debería enviar la documentación, como una factura del proveedor al plan. Luego, el plan le pagaría a usted \$10 directamente. Por lo tanto, su pago neto es \$10, el mismo monto que pagaría conforme a los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe enviar la documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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

- 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.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en el sitio web de Medicare, donde podrá leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies (Medicare y los estudios de investigación clínica)*. (La publicación está disponible en: [medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un 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 brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención sanitaria no médica).

Sección 6.2	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.
- La cobertura del plan para los servicios que reciba se limita a los 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 autorización 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 estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria 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 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de rueda, 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 su uso en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, encontrará información sobre otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de realizar copagos del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de *Dual Select de CHPW*, generalmente, no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la posesión del DME. Para obtener más información, llame al Servicio al Cliente.

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

Si no obtuvo la posesión del DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para tener la posesión del artículo. Los pagos realizados mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

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

Ejemplo 2: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la posesión mientras estaba en nuestro plan. Luego vuelve a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se inscriba en Original Medicare nuevamente. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

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

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, *Dual Select 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 Select de CHPW* o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, este se debe devolver.

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

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede elegir permanecer con la misma compañía o cambiarse a otra compañía. En este momento, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma compañía, y deberá pagar 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 y lo que le corresponde pagar).

SECCIÓN 1 Cómo comprender los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla lo que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de *Dual Select de CHPW*. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites para determinados servicios.

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

Si tiene todos los beneficios de Medicaid o es un beneficiario calificado de Medicare (QMB), pagará \$0 por los servicios cubiertos por Medicare. Sin la asistencia para los costos compartidos de Apple Health (Medicaid) del estado de Washington, estará sujeto al deducible, los copagos y el coseguro del plan.

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de bolsillo que es posible que deba pagar por los servicios cubiertos.

- El **deducible** es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. La Sección 1.2 le brinda más información sobre el deducible de su plan.
- 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, que se encuentra en la Sección 2, 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, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

Sección 1.2 ¿Cuál es su deducible del plan?

Usted paga el monto del costo compartido de Original Medicare para 2024, que será establecido por los CMS en el otoño de 2023. Estos son los montos del costo compartido del 2023 y pueden cambiar para el 2024. Para conocer los montos del costo compartido de Original Medicare para 2024, comuníquese con el Servicio al Cliente.

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

- Nuestro monto del deducible para los servicios hospitalarios para pacientes internados es de \$1,600. Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total de los servicios hospitalarios para pacientes internados. Una vez que haya pagado el deducible, pagaremos la parte que nos corresponde de los costos de estos servicios y usted pagará su copago o el monto del coseguro durante el resto del año calendario.
- Nuestro monto del deducible para los servicios de la Parte B de Medicare es de \$226. Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total de los servicios de la Parte B de Medicare. Una vez que haya pagado el deducible, pagaremos la parte que nos corresponde de los costos de estos servicios y usted pagará su copago o el monto del coseguro durante el resto del año calendario.

Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare por Medicaid, no tiene deducible.

Sección 1.3**¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?**

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo. Si es elegible para recibir la asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, no es responsable de pagar los costos de su propio bolsillo para la cantidad máxima que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que usted está inscrito en un plan 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 2024, este monto es \$8,850.

Los montos que paga por deducibles, copagos y coseguro por servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que paga por las primas de su plan y los medicamentos recetados 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 \$8,850, 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, debe seguir pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Apple Health [Medicaid] del estado de Washington u otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.4	Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen saldos
--------------------	---

Como miembro de *Dual Select de CHPW*, una protección importante para usted es 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 agregar cargos adicionales, denominados **facturación de saldos**. Esta protección se aplica incluso cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su 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, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo estipulado en el contrato entre el proveedor y el 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. (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).
 - Si obtiene 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 emergencias o servicios de urgencia fuera del área de servicios).
- Si cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame al Servicio al Cliente.

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar

Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan
--------------------	--

La Tabla de beneficios médicos de las páginas siguientes enumera los servicios cubiertos por *Dual Select de CHPW* y lo que usted paga de su bolsillo por cada uno de ellos. La cobertura para medicamentos recetados 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 recetados 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.
- 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 se cubra la atención de urgencia o emergencia o que su plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que deberá pagarle al proveedor el total por los servicios brindados.
- Usted tiene un médico de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deberá autorizarlo con antelación antes de que consulte a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina darle una derivación.
- 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:

- Usted está cubierto por Medicare y Apple Health (Medicaid) del estado de Washington. Medicare cubre atención médica y medicamentos recetados. Medicaid cubre su costo compartido por los servicios de Medicare. Apple Health (Medicaid) del estado de Washington también cubre servicios que Medicare no cubre.

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

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2024* (Medicare y usted 2024). Revíselo en línea en [medicare.gov](https://www.medicare.gov) o solicite una copia llamando 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).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. No obstante, si recibe tratamiento o se somete a un chequeo debido a una afección médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para tratar dicha afección médica.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio nuevo durante el año 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- 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, los montos de costo compartido de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian.

Si es elegible para la recibir la asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, no pagará ningún costo por los servicios cubiertos por Medicare mencionados en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre beneficios para personas inscritas con ciertas afecciones crónicas

- Si un proveedor del plan le diagnostica cualquiera de las siguientes afecciones crónicas mencionadas a continuación y usted cumple determinados criterios médicos, puede ser elegible para otros beneficios complementarios personalizados o un costo compartido reducido:
 - Diabetes
 - Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), obesidad mórbida u obesidad con trastornos concurrentes
 - Prehipertensión, hipertensión refractaria o hipertensión con al menos otra afección crónica
 - Fragilidad, riesgo de caída, osteoporosis, antecedentes de infarto agudo de miocardio, angina, Parkinson, convulsiones, derrame cerebral, demencia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o ICC
- Para obtener más detalles, consulte la fila *Ayuda con ciertas afecciones crónicas* en la Tabla de beneficios médicos a continuación.

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

Información importante de beneficios para todos los afiliados que participan en los Servicios de Planificación del Cuidado de la Salud y el Bienestar (WHP)

- Debido a que *Dual Select de CHPW* participa en el programa de Diseño de Seguro Basado en el Valor (VBID), será elegible para los siguientes servicios de WHP, incluidos los servicios de planificación anticipada para la atención (ACP). Estos servicios son voluntarios y están disponibles para todas las personas que se encuentran en el plan *Dual Select de CHPW*.

Hay decisiones importantes que debe pensar ahora, en caso de que, de repente, no pueda hacerlo más adelante. Al tomar decisiones ahora, su familia, amigos y médicos conocerán sus elecciones de atención para el final de la vida.

Hemos proporcionado información sobre los formularios que es posible que desee analizar con su proveedor de atención primaria:

- La Instrucción de atención médica (también conocida como Testamento vital o Instrucción anticipada) es una serie de instrucciones escritas sobre la atención médica que desea y se utiliza para las decisiones inesperadas al final de su vida en caso de que esté terminalmente enfermo o en estado vegetativo.
- El Poder de representación duradero para la atención médica nombra a una persona específica para que tome decisiones médicas en su nombre si usted no puede hacerlo. Este formulario es un documento legal y debe firmarlo un notario público. Debe hablar sobre sus deseos de atención médica con la persona que elija como designada en su Poder de representación duradero para la atención médica. También puede hablar sobre sus deseos con su familia y con otras personas que participan en su atención. El Poder de representación duradero cubre más situaciones que una instrucción de atención médica.
- El POLST (Orden del médico para los tratamientos de soporte vital) también se utiliza para garantizar que se cumplan sus deseos con respecto a los tratamientos médicos al final de su vida. El POLST debe completarse con su médico.

La Instrucción de atención médica, el Poder de representación duradero para la atención médica y el POLST identifican sus elecciones de atención y la toma de decisiones cuando las enfermedades o lesiones pueden poner en peligro la vida. Queremos asegurarnos de que aquellos que se preocupen por usted en ese momento puedan respetar sus elecciones. Guarde sus copias en un lugar seguro en su hogar. Su familia y amigos deben poder encontrarlos fácilmente si está enfermo o lesionado. También es una buena idea darle una copia a su médico y a su abogado familiar.

Completar la Instrucción de atención médica y el Poder de representación duradero para la atención médica es voluntario.

Su proveedor de atención primaria puede brindarle estos formularios. Otro recurso local que puede ayudarle con los formularios y las decisiones de planificación para la vida son el proyecto Northwest Justice Project.

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

Northwest Justice Project brinda asesoramiento legal gratuito para familias con bajos ingresos y puede ayudarle con estos formularios de planificación vital. Puede comunicarse con ellos a través de la línea Clear al 1-888-201-1014 o en línea en washingtonlawhelp.org.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, llámeme a la Gestión de casos de CHPW al 1-866-418-7004 o puede comunicarse con el Servicio al Cliente al 1-800-942-0247 (TTY de retransmisión: 711) De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.

Información importante sobre los beneficios para los afiliados que califican para la “Ayuda Adicional”:

- Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar los costos de su programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro, puede ser elegible para otros beneficios complementarios específicos y/o costos compartidos reducidos específicos.
- Los miembros califican para la eliminación de sus costos compartidos para los medicamentos recetados de la Parte D. Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 6.

Medicare aprobó a CHPW para proporcionar estos beneficios como parte del programa de VBID. Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage.

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

Dual Select de CHPW ofrece Health Homes a los miembros que califiquen que ya participan en el programa Health Homes en el momento de la inscripción.

El programa Health Home 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 Home 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.

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

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) del estado de Washington o una cobertura dual con Apple Health (Medicaid) del estado de Washington y Medicare que padecen ciertas afecciones crónicas.

Para quienes se inscriban en Dual Select 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 Home 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 (TTY de retransmisión: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una derivación de su médico, auxiliar médico, profesional de enfermería o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Los beneficiarios de Medicare reciben 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>\$0 de copago o 20% coseguro por cada consulta cubierta por Medicare.</p> <p>Consulte “Salud y bienestar” para recibir servicios de acupuntura adicionales cubiertos.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (continuación)</p> <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.</p> <p>Requisitos para el proveedor:</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, por sus siglas en inglés). • 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. <p>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, por sus siglas en inglés).</p>	
<p>Medicina alternativa</p> <p>Consulte el beneficio de “Salud y bienestar” para obtener más información.</p>	

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de ambulancia*</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no emergencia, incluyen servicios de ala fija, de ala rotativa y de ambulancia terrestre, a la instalación apropiada más cercana que pueda brindar atención solo si son proporcionados a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por el 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.</p> <p>* Excepto en casos de emergencia, se aplican las normas sobre autorización previa.</p>	<p>\$0 de copago o 20% coseguro por cada viaje de ida o de vuelta cubierto por Medicare.</p> <p>Los servicios de ambulancia que no sean de emergencia incluyen solo servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Medición de la masa ósea*</p> <p>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.</p> <p><i>* Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</i></p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca*</p> <p>Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento, y se encuentran cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p><i>* Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago o 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare cubierta por Medicare complementaria.</p> <p>Máximo de 2 sesiones de una hora por día, hasta 36 sesiones totales, en un período de hasta 36 semanas.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Visita para disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de padecer 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.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de la terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</p> <p>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).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de atención quiropráctica*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <p>Cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxación. La subluxación es un desplazamiento o una desalineación parcial de las vértebras. Como diagnóstico médico, el proveedor debe identificar los requisitos médicos específicos.</p> <p>* Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</p> <p>Servicios de quiropraxia (complementarios)</p> <p>Consulte “Salud y bienestar” para conocer los servicios de quiropráctica de rutina adicionales cubiertos.</p>	<p>\$0 de copago o 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare complementaria.</p> <p>Usted no paga nada por cada visita de quiropráctica de rutina complementaria cubierta hasta alcanzar el máximo del plan.</p> <p>Las radiografías realizadas por quiroprácticos no están cubiertas, su colocación. Usted pagará los costos de estos servicios.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Están cubiertas las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 o enema de bario previo. • 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 a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, excepto en los casos de enemas de bario, para los cuales se aplica un coseguro. 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.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo. Se puede realizar a los 24 meses del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez, al menos 48 meses después del último enema de bario o de la sigmoidoscopia flexible. <p>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.</p>	<p>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”.</p> <p>Suministros de colonoscopia de farmacia y preparación no están cubiertos por este beneficio.</p> <p>Si se brindan servicios adicionales, proporcionados, consulte “Servicios de médicos o profesionales”.</p>
<p>Servicios odontológicos*</p> <p>En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente cubre los servicios odontológicos en una cantidad limitada de circunstancias, en particular, cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos 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 riñón. Además, cubrimos lo siguiente:</p>	<p>\$0 de copago o 20% coseguro para los servicios odontológicos cubiertos por Medicare.</p> <p>No pagará nada por los servicios preventivos e integrales complementarios.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios odontológicos* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beneficios odontológicos preventivos y completos detallados en “Servicios odontológicos (complementarios)”. <p>* Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</p>	<p>Los servicios odontológicos preventivos integrales y complementarios se limitan a \$500 por año. Usted debe pagar cualquier costo que supere el límite de beneficios del plan.</p>
<p>Servicios odontológicos (complementarios)*</p> <p>Nuestro beneficio complementario incluye beneficios odontológicos preventivos y completos que, generalmente, no están cubiertos por Medicare. Los servicios odontológicos completos complementarios se limitados a un total de \$500 por año. Nuestros beneficios odontológicos complementarios preventivos y completos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales • Limpiezas • Tratamientos con flúor • Radiografías dentales preventivas • 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 <p>Si tiene preguntas sobre este beneficio, llame al Servicio al Cliente.</p> <p>* Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</p>	<p>Los servicios odontológicos complementarios cubiertos se brindan a través de Delta Dental of Washington y solo están cubiertos cuando los brinda un odontólogo de la red de Delta Dental. Para encontrar la lista más actual de dentistas de la red Delta Dental PPO Plus Premier, visite DeltaDentalWA.com. Los proveedores de la red de Delta Dental deben presentar reclamaciones por estos servicios odontológicos a Delta Dental of Washington. Usted será responsable de todos o la mayoría de los servicios proporcionados por dentistas fuera de la red.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual para la prueba de detección de depresión.</p>
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos*</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar 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. 	<p>\$0 de copago o 20% coseguro para los suministros para personas con diabetes cubiertos por Medicare autocontrol, los servicios y suministros para la diabetes.</p> <p>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. Cobertura para medicamentos.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta siempre que se cumpla con ciertos requisitos. <p>* Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</p>	<p>Consulte Capítulo 5.</p> <p>Si tiene preguntas sobre el equipo médico duradero y su costo compartido, consulte “Equipo médico duradero y suministros relacionados”.</p> <p>Para obtener más información, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados*</p> <p>(En el Capítulo 12 de este documento, así como la Sección 7 del Capítulo 3, encontrará una definición de equipo médico duradero).</p> <p>Entre los artículos cubiertos, se incluyen sillas de rueda, 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.</p> <p>Cubrimos todo el DME que sea necesario por razones médicas cubierto por Original Medicare, incluso lentes posoperación por cataratas. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. Puede acceder a la lista de proveedores más actualizada en nuestro sitio web en medicare.chpw.org/member-center/member-resources/provider-directory.</p> <p>* Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</p>	<p>\$0 de copago o coseguro del 20% para el DME y los suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>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, servicios y suministros para la diabetes”.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (continuación)</p>	<p>Consulte “Ayuda con ciertas afecciones crónicas” en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para obtener más información.</p> <p>Para obtener más información, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este documento).</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios que cumplen con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento 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.</p> <p>El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red es el mismo que el de dichos servicios brindados dentro de la red.</p> <p>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”.</p>	<p>\$0 de copago o coseguro del 20% (hasta \$100) por casa visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>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 autorizado por el plan.</p> <p>Consulte “Atención hospitalaria para pacientes internados” para conocer los costos relacionados con la atención hospitalaria para pacientes internados.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Family on Demand</p> <p>Une a miembros con adultos, que brindan relevo y alivio a los cuidadores al ayudar con actividades independientes de la vida diaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento, como jugar juegos de mesa y tener conversaciones, ver una película y caminar. • Ayuda en la casa con tareas domésticas ligeras, lavandería y preparación de comidas/alimentos. • Tareas diarias como compras de comestibles, mandados y recoger resurtidos de medicamentos recetados. <p>Para obtener más información sobre este beneficio, llámenos 1-855-486-3065.</p>	<p>\$0 de copago por hasta 60 horas de asistencia al año</p>
<p>Beneficio de acondicionamiento físico</p> <p>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.</p>	<p>No hay un copago, coseguro ni deducible.</p>
<p>Salud y bienestar</p> <p>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.</p>	<p>No pagará nada por cada visita cubierta hasta el máximo del plan.</p> <p>No se cubren las radiografías realizadas por quiroprácticos. Usted pagará los costos de estos servicios.</p> <p>Hable con su proveedor de Bienestar para comprender cualquier responsabilidad de costo compartido posible del miembro.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>Brindamos información en línea sobre diversos temas, incluidos medicamentos, enfermedades, afecciones y pruebas, en medicare.chpw.org/wellness</p> <p>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.</p> <p>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 las cosas que puede hacer por su salud.</p> <p>El plan cubre los siguientes beneficios de programas educativos sobre salud y bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de riesgos para la salud • Llamadas de recordatorio de evaluaciones de salud importantes • Asesoramiento para dejar de consumir tabaco y nicotina Terapias de reemplazo 	<p>No hay un coseguro, copago ni deducible para estos programas.</p>
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de audición y equilibrio de diagnóstico realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Servicios de audición (complementarios)</p> <p>Un examen auditivo de rutina cada año y un ajuste o evaluación de audífonos al año.</p>	<p>\$0 de copago o coseguro del 20% para los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>No pagará nada por un examen auditivo de rutina cada año y un ajuste o evaluación de audífonos al año.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de audición (continuación)</p> <p>Los audífonos y los suministros relacionados para ambos oídos están cubiertos hasta un límite combinado de \$2,250 cada año calendario. Límite de uno por oído, cada año.</p> <p>Si tiene preguntas sobre este beneficio, llame al Servicio al Cliente.</p>	<p>No pagará nada por los audífonos y suministros complementarios, hasta el límite de beneficios de \$2,250 por año calendario. Usted paga el 100% de cualquier costo que supere el límite de beneficios del plan.</p>
<p>Ayuda con ciertas afecciones crónicas</p> <p>Si un prestador del plan le diagnostica las siguientes afecciones crónicas, podrá postularse para recibir beneficios orientados adicionales sin costo:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Los miembros que hayan sido diagnosticados con riesgo de caída, fragilidad, osteoporosis, antecedentes de infarto agudo de miocardio, angina, convulsiones, Parkinson, derrame cerebral, demencia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) pueden recibir 1 Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS) por año (sin costo) al participar en la administración de la atención.</p>	<p>No pagará nada si se cumplen los criterios de elegibilidad.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>
<p>Atención de una agencia de atención médica a domicilio*</p> <p>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.</p> <p>El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de atención médica a domicilio de medio tiempo o intermitentes (para que se cubran en virtud del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y de atención médica en el hogar combinados deben ser de un total de menos de 8 horas por día y de 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos <p>* Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</p>	<p>\$0 de copago para las visitas a agencias de salud en el hogar cubiertas por Medicare.</p> <p>Si tiene preguntas sobre el equipo médico duradero, consulte “Equipo médico duradero y suministros relacionados”.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Tratamiento de infusión en el hogar*</p> <p>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).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación 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. <p>* Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</p>	<p>\$0 de copago o 20% coseguro para la terapia de infusión en el hogar cubierta por Medicare.</p> <p>Para obtener información sobre el equipo médico duradero, consulte “Equipo médico duradero y relacionados”.</p> <p>Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p> <p>Para obtener información sobre la atención a domicilio, consulte “Atención de una agencia de atención médica a domicilio”.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un centro para enfermos terminales</p> <p>Usted es elegible para este beneficio cuando su médico y el director médico del centro 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. Es posible que reciba atención a través de un programa de atención en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de prestación de servicios del plan, incluidos aquellos que la organización MA posee, controla o tiene un interés financiero. El médico del centro para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Cuidados paliativos a corto plazo. • Atención médica a domicilio. <p>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: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de atención en centros para enfermos terminales, su proveedor del centro le facturará a Original Medicare los servicios que Original Medicare cubre. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p> <p>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 urgencia o de emergencia que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están</p>	<p>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 Original Medicare, no por <i>CHPW Dual Select</i>.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un centro para enfermos terminales (continuación)</p> <p>relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo para 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).</p> <ul style="list-style-type: none">• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solo paga el monto del costo compartido del plan por los servicios dentro de la red.• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare). <p>Para los servicios cubiertos por <i>Dual Select de CHPW</i> que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare: <i>Dual Select de CHPW</i> 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 su plan por estos servicios.</p> <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del 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 hospicio terminal, usted paga el costo compartido de Original Medicare. 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 (<i>¿Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención médica que no sea en un centro para enfermos terminales (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe contactarnos para coordinar los servicios.</p>	

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Vacunas*</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez por temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna 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. <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.</p> <p>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.</p> <p><i>* Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa dado que las diferentes vacunas pueden tener distintas pautas de beneficios.</i></p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.</p> <p>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.</p> <p>Las vacunas de viaje no son un beneficio cubierto. Usted pagará los costos de estos servicios.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados*</p> <p>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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. 	<p>Con la asistencia completa para costos compartidos de Medicaid, usted paga un copago de \$0. Sin la asistencia para costos compartidos de Medicaid, usted está sujeto a los montos de los costos compartidos de Original Medicare para 2024, que serán establecidos por CMS en el otoño de 2023.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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 trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. 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 Original Medicare. Si <i>Dual Select de CHPW</i> 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. 	<p>Estos son los montos del costo compartido del 2023 y pueden cambiar para el 2024. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Atención al Cliente.</p> <p>Deducible de \$1,600 para los días 1 a 60;</p> <p>Copago de \$400 cada día para los días 61 a 90;</p> <p>Copago de \$800 por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida).</p> <p>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.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Servicios médicos. <p>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 si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!</i> La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>* Excepto en casos de emergencia, se aplican las normas sobre autorización previa. Esto significa que su médico debe informar al plan que usted ingresará en el hospital, a menos que tenga una emergencia. Para todas las hospitalizaciones, su hospital debe informar al plan antes del próximo día hábil.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico*</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p><i>* Excepto en casos de emergencia, se aplican las normas sobre autorización previa. Esto significa que su médico debe informar al plan que usted ingresará en el hospital, a menos que tenga una emergencia. Para todas las hospitalizaciones, su hospital debe informar al plan antes del próximo día hábil.</i></p>	<p>Con la asistencia completa para costos compartidos de Medicaid, usted paga un copago de \$0. Sin la asistencia para costos compartidos de Medicaid, usted está sujeto a los montos de los costos compartidos de Original Medicare para 2024, que serán establecidos por CMS en el otoño de 2023.</p> <p>Estos son los montos del costo compartido del 2023 y pueden cambiar para el 2024. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Atención al Cliente.</p> <p>Deducible de \$1,600 para los días 1 a 60;</p> <p>Copago de \$400 cada día para los días 61 a 90;</p> <p>Copago de \$800 por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida).</p> <p>Cada estadía nueva de paciente internado comienza con un nuevo día 1. Los costos compartidos se aplican el día de la admisión.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico* (continuación)</p>	<p>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.</p>
<p>Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para pacientes internados o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no la cubriremos. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 odontológicos) 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 del habla y ocupacional. 	<p>Los servicios enumerados se seguirán cubriendo con los montos de costo compartido que aparecen en la tabla de beneficios para el servicio específico.</p> <p>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.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Beneficio de comidas (complementario)</p> <p>En el caso de que usted reciba el alta de una hospitalización, ya sea en un hospital o en un centro de enfermería especializada, o bien que reciba un diagnóstico de COVID-19 positivo, o si recibe una remisión de comidas para miembros confinados en el hogar que participan en un programa de Care Management, usted será elegible para recibir 2 comidas por día durante 14 días sin costo adicional para usted. Programa de comidas con un límite de 6 eventos por año calendario.</p> <p>Si tiene preguntas sobre este beneficio, llame al Servicio al Cliente.</p>	<p>No debe pagar nada por las comidas cubiertas hasta el beneficio máximo.</p>
<p> Tratamiento médico nutricional</p> <p>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.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de tratamiento médico nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) 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.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de tratamiento médico nutricional cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en virtud de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>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.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare*</p> <p>Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si usted está inscrito en la Parte A de Medicare cuando se realice el trasplante del órgano. 	<p>\$0 de copago o 20% coseguro para los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>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.</p> <p>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 los Capítulos 5 y 6.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Antígenos. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, como heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimuladores de la eritropoyesis (como Epogen[®], Procrit[®], epoetina alfa, Aranesp[®] o darbepoetina alfa). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento en el hogar de deficiencias inmunitarias primarias. <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos recetados 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 recetados de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.</p> <p><i>* Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</i></p>	<p>El costo compartido de la insulina está sujeto a un límite de coseguro de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si 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.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos.</p>
<p>Servicios del Programa de tratamiento por consumo de opioides*</p> <p>Los miembros de nuestro plan que padecen un trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD mediante un programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, 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. <p><i>*Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago o 20% coseguro para los servicios del programa de Tratamiento de Opioides cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye suministros y materiales de los técnicos. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre 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. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos, incluidas mamografías de detección y colonoscopías de diagnóstico. <p>* Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</p>	<p>\$0 de copago o 20% coseguro para las pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros ambulatorios cubiertos por Medicare</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios de observación para pacientes externos*</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!</i> La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>* Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</p>	<p>\$0 de copago o 20% coseguro por los servicios hospitalarios de observación ambulatoria cubiertos por Medicare</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos*</p> <p>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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se puede autoadministrar. <p>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 externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!</i> La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>* Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</p>	<p>\$0 de copago o 20% coseguro por las cirugías hospitalarias ambulatorias y otros servicios cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de la salud mental para pacientes externos*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <p>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.</p> <p>* Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</p>	<p>\$0 de copago o 20% Coseguro para cada visita de terapia grupal o individual cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>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).</p> <p>* Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</p>	<p>\$0 de copago o 20% coseguro por cada servicio cubierto por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de terapia ocupacional • Consulta de fisioterapia • Consulta de terapia del habla
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos*</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>* Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</p>	<p>\$0 de copago o 20% coseguro para servicios por abuso de sustancias para pacientes externos cubiertos por Medicare</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios*</p> <p>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 como paciente internado, 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.</p> <p>* Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</p>	<p>\$0 de copago o 20% coseguro por visita en un centro hospitalario o centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos*</p> <p>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 o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización como paciente internado.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento de terapia conductual (mental) activo proporcionado en un departamento para pacientes 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 o terapeuta, pero menos intensa que la hospitalización parcial.</p> <p>* Se aplican normas sobre autorización previa.</p>	<p>\$0 de copago o 20% coseguro los servicios de un programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico*</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 o especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • 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. <ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ Lo que paga por los servicios de telesalud es el mismo monto como si se tratara de una consulta presencial. ○ 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 lugares aprobados por Medicare. 	<p>\$0 de copago o 20% coseguro para las visitas con un especialista o proveedor de atención primaria cubiertas por Medicare.</p> <p>Si se brindan servicios adicionales, se aplicarán costos compartidos, como los siguientes: \$0 de copago o 20% del costo para la mayoría de los servicios más allá de la evaluación y la consulta de administración para pacientes externos. Puede incluir procedimientos en el consultorio, pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos y cargos en función del lugar donde se brinden. En el caso de servicios preventivos planificados que se convierten en servicios de diagnóstico durante la prueba de detección, se aplican costos compartidos.</p> <p>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.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal 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: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses antes de su primera visita de telesalud. ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Las excepciones se pueden hacer ante lo anterior para ciertas circunstancias. • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados 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: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo; y ○ El chequeo no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días; y ○ El chequeo no deriva en una consulta en el consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más próxima disponible. 	<p>Lo que paga por los servicios de telesalud es el mismo monto como si se tratara de una consulta presencial:</p> <p>\$0 de copago o 20% de coseguro</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• 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:<ul style="list-style-type: none">○ 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 la cirugía.• Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico). <p>* Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</p>	

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de podiatría*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p><i>* Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</i></p> <p>Servicios de podiatría (complementarios)</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>\$0 de copago o 20% coseguro para la visita de podiatría cubierta por Medicare.</p> <p>No debe pagar nada por cada consulta de podiatría complementaria.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del antígeno prostático específico (PSA) anual.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Prótesis y suministros relacionados*</p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, 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, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. También incluye algo de cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas - consulte Cuidado de visión más adelante en esta sección para más detalles.</p> <p><i>* Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago o 20% coseguro para los dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar*</p> <p>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.</p> <p><i>* Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago o 20% coseguro por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p>Para el equipo relacionado con estas afecciones, consulte “Equipo médico duradero y suministros relacionados”.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés) cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 50 a 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 por escrito para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de 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.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de la prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden por escrito 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 visita de asesoramiento y de toma de decisión compartida para realizarse pruebas de detección posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare.</p>	<p>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.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (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.</p> <p>También cubrimos hasta dos 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 cubriremos 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.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de pruebas de detección de ETS y asesoramiento cubierto por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 seis 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). • 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). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</p> <p>* Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</p>	<p>\$0 de copago o 20% coseguro para los servicios para tratar enfermedades renales cubiertos por Medicaid</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de atención en un centro de enfermería especializada, que suele denominarse SNF).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 del 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 tres 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. • Suministros médicos y quirúrgicos generalmente provistos por SNF • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. <p>Generalmente, obtendrá la atención del SNF en los centros de la red. Sin embargo, en determinadas circunstancias que se mencionan a continuación, es posible que pueda recibir su atención en un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p>	<p>Con la asistencia completa para costos compartidos de Medicaid, usted paga un copago de \$0. Sin la asistencia para costos compartidos de Medicaid, usted está sujeto a los montos de los costos compartidos de Original Medicare para 2024, que serán establecidos por CMS en el otoño de 2023.</p> <p>Estos son los montos del costo compartido del 2023 y pueden cambiar para el 2024. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Atención al Cliente.</p> <p>Copago de \$0 cada día para los días 1 a 20; Copago de \$200 cada día para los días 21 a 100.</p> <p>Tiene 100 días de beneficio por período de beneficios.</p> <p>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</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>* Se aplican 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.</p>	<p>(o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos.</p> <p>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.</p>
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p>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).</p> <p>Además, cubrimos hasta 12 semanas de la terapia de reemplazo de la nicotina (NTR).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos de programas para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p> <p>No hay costo para usted por las llamadas de asesoramiento para Quit-4-Life</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Terapia de ejercicios supervisados (SET)*</p> <p>El tratamiento con ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés) sintomática y una derivación para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p> <p>* Es posible que se apliquen normas sobre autorización previa.</p>	<p>\$0 de copago o coseguro del 20% para la Terapia de ejercicios supervisados (SET) cubierta por Medicare</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de urgencia necesarios</p> <p>Los servicios de urgencia necesarios se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia, pero que requiere atención médica inmediata, pero, dados las circunstancias, no es posible o es probable que reciba servicios de proveedores de la red. Si no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia necesarios de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y son médicamente necesarios. Ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red: Está temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios debido a una afección imprevista, pero no se trata de una emergencia médica; o si, dadas las circunstancias, no es razonable obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red. El costo compartido para los servicios de urgencia necesarios que se brindan fuera de la red es el mismo que el de dichos servicios brindados dentro de la red.</p> <p>Para los servicios de urgencia recibidos fuera de los EE. UU. y sus territorios, consulte “Atención de emergencia o de urgencia en todo el mundo”.</p>	<p>\$0 de copago o 20% de coseguro (hasta \$55) para cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Atención de la visión</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. Original Medicare 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, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • 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 por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). <p>La atención de la vista arriba mencionada se ofrece a través de nuestra red de especialistas. red.</p> <p>Además, ofrecemos un beneficio oftalmológico complementario a través de Vision Service Plan (VSP) Choice Network. Consulte “Atención de la visión (complementaria)” para obtener más información sobre este beneficio.</p> <p>Los lentes posoperación por cataratas cubiertos por Medicare son independientes del beneficio complementario de la visión.</p> <p>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).</p>	<p>\$0 de copago o 20% coseguro para la atención de la visión cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago o coseguro del 20% para artículos de visión cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>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.</p> <p>Los beneficios de la vista complementarios disponibles a través de VSP Choice Network incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Si decide recibir atención oftalmológica complementaria o artículos fuera de VSP Choice Network, VSP le reembolsará lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Para obtener más información o ayuda para encontrar un proveedor de servicios de visión en VSP Choice Network, llame al Servicio al Cliente.</p>	<p>A través de VSP Choice Network:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No pagará nada por un examen de la vista sana cada año. • No pagará nada por los 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.
<p> Consulta preventiva de Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre la visita 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 derivaciones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de Bienvenido a Medicare solamente durante los primeros 12 meses que tiene Medicare Parte B. Cuando haga su cita, dígame a la oficina de su médico que desea hacer una cita para su visita preventiva de Bienvenido a Medicare.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de Bienvenido a Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de emergencia o de urgencia en todo el mundo 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.</p>	<p>20% de coseguro por atención de emergencia o de urgencia en todo el mundo hasta el límite de cobertura de \$25,000.</p> <p>Usted no paga por costos que superen el límite de beneficios del plan de \$25,000.</p> <p>El monto pagado NO se tiene en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP).</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de *Dual Select de CHPW*?**Sección 3.1 Servicios no cubiertos por *Dual Select de CHPW***

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

- **Atención en un centro para enfermos terminales** 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 Original Medicare, no por *Dual Select de CHPW*.
- **Suministros y equipos médicos no duraderos (MSE)** Apple Health (Medicaid) del estado de Washington puede cubrir los MSE, como suministros para la incontinencia, para los miembros elegibles.

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

- **Servicios de interpretación para consultas médicas** Apple Health (Medicaid) del estado de Washington puede cubrir el costo de los servicios de interpretación para consultas médicas en el consultorio de un médico únicamente.

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?**Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan**

Esta sección le informa qué servicios están excluidos.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos 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 una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el 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 cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	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.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Cirugía o procedimientos estéticos		<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>Cuidado asistencial</p> <p>El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.</p>	Sin cobertura en cualquier circunstancia	
<p>Medicamentos, equipos y procedimientos quirúrgicos y médicos experimentales</p> <p>Los productos y procedimientos experimentales son aquellos que, según Original Medicare, la comunidad médica generalmente no acepta.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. <p>(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
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	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Envío de comidas a domicilio		Consulte el “Beneficio de comidas (complementario)” en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos, para límites en comidas complementarias a domicilio.
Servicios de asistencia doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, por ejemplo, tareas domésticas livianas o preparación ligera de comidas.		Consulte "Family On Demand" en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 para ver los límites en los servicios de asistencia doméstica.
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 odontológica que no sea de rutina		<ul style="list-style-type: none"> • Es posible que se cubra la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		<ul style="list-style-type: none"> • 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.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
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		<ul style="list-style-type: none"> • Solo se cubre cuando es médicamente necesaria.
Reversión de un procedimiento de esterilización o suministros de anticonceptivos no recetados.	Sin cobertura en cualquier circunstancia	
Atención quiropráctica de rutina		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubre la manipulación de la columna para corregir una subluxación. <p>Para obtener información sobre los límites de la atención quiropráctica complementaria, consulte “Servicios quiroprácticos (complementarios)” en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.</p>
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas		<p>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.</p>

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión		<ul style="list-style-type: none"> Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas después de una cirugía de cataratas. <p>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.</p>
Atención de rutina de los pies		Para obtener información sobre los límites de la atención de rutina de los pies, consulte “Servicios de podiatría” en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Además, se brinda cobertura limitada de conformidad con las pautas de Medicare, por ejemplo, si tiene diabetes.
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 Original Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	

CAPÍTULO 5:

*Cómo utilizar la cobertura del plan
para obtener medicamentos
recetados de la Parte D*

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos recetados 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 recetados de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros califica para la “Ayuda Adicional” y la está recibiendo de Medicare para pagar sus gastos del plan de medicamentos recetados. Si 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 posee este inserto, llame a Atención al Cliente y solicite la Cláusula adicional LIS. (Los números de teléfono del Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este documento).

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**. Consulte 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) del estado de Washington.

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

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

- Debe contar con un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) 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, *Surta su medicamento recetado en una farmacia de la red o a través del servicio de venta por correo del plan*).

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D

- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertas referencias. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

SECCIÓN 2 Surta su medicamento recetado en una farmacia de la red o a través del servicio de venta por correo del plan

Sección 2.1	Acuda a una farmacia de la red
--------------------	---------------------------------------

En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos *solo* si los surte en las farmacias de la red del 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 el plan para proporcionar los medicamentos recetados cubiertos. El término medicamentos cubiertos significa todos los medicamentos recetados de la Parte D que están en la “Lista de medicamentos”.

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

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (medicare.chpw.org), o llamar al Servicio al Cliente.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda del Servicio al Cliente o utilizar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en medicare.chpw.org.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

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 sus siglas en inglés). Por lo general, los LTC (por ejemplo, un hogar de convalecencia) tienen su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicio al Cliente.
- 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. (**Nota:** Es muy poco frecuente que se presente esta situación).

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

Sección 2.3	Cómo utilizar el servicio de venta por correo del plan
--------------------	---

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 por correo, comuníquese con Servicio al Cliente. Si acude a una farmacia de venta por correo que no pertenece a la red del plan, su medicamento recetado no estará cubierto.

Por lo general, le entregarán el pedido de farmacia de pedido por correo en no más de 14 días. 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.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D

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 cobertura 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 cobertura médica, póngase en contacto con el 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 2.4

Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El 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).

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento a un monto de costo compartido menor. En su *Directorio de farmacias* de la red, se detallan las farmacias de nuestra red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, también puede llamar a Atención al Cliente.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5	Cuándo utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan
--------------------	---

En determinadas circunstancias, su medicamento recetado puede estar cubierto

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. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **Primero consulte con el Servicio al Cliente** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. Es muy probable 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 de la red.

Aquí se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos recetados que obtenga en una farmacia fuera de la red:

Podrá obtener un total de dos surtidos de farmacias fuera de la red en un año del plan. Si surte una receta fuera de la red, recibirá un mensaje en su Explicación de beneficios (EOB) mensual que dirá: "Farmacia fuera de la red". Si solicita un tercer surtido en una farmacia fuera de la red, se le denegará su solicitud de cobertura. Si considera que la reclamación fuera de la red debería haber tenido cobertura, póngase en contacto con el Servicio al Cliente al número impreso en la contratapa de este documento.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (y no el costo compartido normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos la “Lista de medicamentos” para abreviarla.**

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

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos en la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, usted cuenta con cobertura de algunos medicamentos recetados según sus beneficios de Apple Health (Medicaid) del estado de Washington.

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la “Lista de medicamentos” del 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 la cual ha sido recetado.
- *O bien*, esté avalado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information (Información sobre medicamentos del servicio de formulario de American Hospital) y el sistema de información DRUGDEX.

La “Lista de medicamentos” incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la “Lista de medicamentos”, cuando hablamos de medicamentos, podríamos hacer referencia 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. Generalmente, funciona tan bien como el medicamento de marca, pero cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D

¿Qué *no* se incluye en la “Lista de medicamentos”?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la “Lista de medicamentos” un medicamento en particular. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no figura en la “Lista de medicamentos”. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2

¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la “Lista de medicamentos”?

Hay cinco formas de averiguarlo:

1. Consulte la “Lista de medicamentos” más reciente que proporcionamos de forma electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (medicare.chpw.org). La “Lista de medicamentos” en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Servicio al cliente para saber si un medicamento en particular está incluido en la “Lista de medicamentos” o para pedir una copia de la lista.
4. Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan (medicare.chpw.org/member-center/member-resources/prescription-drug-coverage o llame al Servicio al Cliente). Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la “Lista de medicamentos” para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la “Lista de medicamentos” que podrían tratar la misma afección.
5. Visite el sitio web de Express Scripts (express-scripts.com). Una vez que cree una cuenta en el sitio, tendrá acceso para ver la Lista de medicamentos, sus reclamaciones y más.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el 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 del 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 cobertura 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 dos por día, comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Póngase en contacto con el Servicio al Cliente para saber qué debe 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)

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión disponible

Por lo general, un medicamento **genérico** tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y por lo general es más económico. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico en lugar del medicamento de marca.** No obstante, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico, entonces cubriremos el medicamento de marca. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan 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 el plan no cubra el medicamento.

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito lo alienta a utilizar medicamentos menos costosos, pero, generalmente, igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica y el medicamento A es menos costoso, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **tratamiento escalonado**.

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 sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera?

Sección 5.1	Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera
--------------------	--

Hay situaciones en las que hay un medicamento recetado que está tomando, o uno que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando que no está en nuestro Formulario o está en nuestro Formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura para ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted querría | estar cubierto.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D

- Si el medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la “Lista de medicamentos” o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?
--------------------	--

Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o está restringido, aquí se incluyen opciones:

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

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el 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 en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que estaba tomando **ya no debe estar en la “Lista de medicamentos” del 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 el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta 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 que han sido miembros del plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto se agrega al suministro temporal indicado anteriormente.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D

Si tiene preguntas sobre el suministro temporal, llame al Servicio al Cliente.

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:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio al cliente y pedir 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.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al 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 médico puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la “Lista de medicamentos” del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 se explica 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 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?

Sección 6.1	La “Lista de medicamentos” puede sufrir cambios 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, el plan podría implementar algunos cambios en la “Lista de medicamentos”. Por ejemplo, el plan podría realizar lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la “Lista de medicamentos”.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de modificar la “Lista de medicamentos” del plan.

Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura para un medicamento que está tomando?
--------------------	---

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 continuación, señalamos los momentos en que recibiría un aviso directo si se realizaran cambios sobre un medicamento que usted está tomando.

Cambios en su cobertura para medicamentos que lo afectan durante el año actual del plan

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas)**
 - Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra “Lista de medicamentos” si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de gasto compartido o en uno menor y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero moverlo de inmediato a un nivel de costo compartido más alto o agregar restricciones nuevas, o ambas medidas cuando se agrega el genérico nuevo.
 - Es posible que no informemos por adelantado que haremos ese cambio, incluso si está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca cuando realicemos el cambio, le brindaremos información sobre el/los cambio(s) específico(s). Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para que cubramos el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
 - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D

- **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 de inmediato.
 - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios a los medicamentos de 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, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca de la “Lista de medicamentos” o cambiar el nivel de costos compartidos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podríamos hacer cambios a partir de las advertencias en recuadro de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - En estos casos, debemos avisarle con, al menos, 30 días de anticipación sobre el cambio o darle un aviso del cambio y suministrarle un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir el aviso del cambio, debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para satisfacer cualquier restricción nueva sobre el medicamento que esté tomando.
 - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar 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:

- Pusimos una nueva restricción sobre el uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la “Lista de medicamentos”.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D

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), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier restricción adicional a su uso del medicamento.

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 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos
--------------------	--

En esta sección se describen los tipos de medicamentos recetados que se **excluyen**. Esto significa que Medicare no paga 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 excluido por nuestro plan también está excluido por Apple Health (Medicaid) del estado de Washington, deberá pagarlo usted mismo.

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos recetados de Medicare no cubre según la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en 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, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. Uso para una indicación no autorizada es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura para el uso para una indicación no autorizada solo se permite cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del Servicio de formulario del hospital americano y el Sistema de información DRUGDEX.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D

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 Medicaid. Comuníquese con Apple Health (Medicaid) del estado de Washington para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Apple Health [Medicaid] del estado de Washington 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 ambulatorios cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados, el programa de “Ayuda adicional” no pagará por los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si usted tiene cobertura para medicamentos a través de Apple Health (Medicaid) del estado de Washington, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no estén cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1	Proporcionar su información de membresía
--------------------	---

Para surtir su receta, proporcione la información de miembro del plan, que se puede encontrar en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan por su medicamento.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la información de membresía con usted?

Si no tiene información sobre su membresía en el plan cuando surte sus medicamentos recetados, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedir en la farmacia que consulten su información de inscripción al 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 el dinero. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante la estadía. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, el 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 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés), 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* para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza es parte de nuestra red. Si no está dentro, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con el Servicio al Cliente. 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.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D

¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no figura en la “Lista de medicamentos” o tiene algún tipo de restricción?

Consulte la Sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3	¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?
--------------------	--

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados 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**. Puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados 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 la cobertura de su grupo pagaría 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 recetados para el año calendario siguiente es acreditable.

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

Guarde este aviso sobre la cobertura acreditable, porque es posible que lo necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite este aviso para demostrar que ha mantenido 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	¿Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales 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 de la persona autorizada a dar recetas o de su proveedor del hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D

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 a la persona autorizada a dar recetas 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

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros a fin de ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo 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 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.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) 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, por sus siglas en inglés). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podríamos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Si 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 médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o de benzodiazepina que le cubriremos.

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos, o si deberá obtenerlos con receta solo de un médico o una farmacia en particular. Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos 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 DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con cáncer activo 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.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D

Sección 10.3 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 toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen costos altos de medicamentos, o se encuentran en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, 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 cobertura médica. Además, 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, notifíquelo y le retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con el Servicio al Cliente.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D

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

Sección 11.1	Le enviamos un resumen mensual llamado <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (EOB de la Parte D)
---------------------	--

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que ha efectuado cuando surte o resurte sus recetas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A esto se le denomina **costos de bolsillo**.
- Llevamos un registro de sus **costos totales de medicamentos**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad que paga el plan.

Si obtuvo uno o más medicamentos recetados mediante el 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 proporciona los detalles de pago sobre las recetas que surtió el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó, y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información del año hasta la fecha. 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.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y la información sobre aumentos en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de medicamentos con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos disponibles a costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamación de medicamentos con receta.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D

Sección 11.2 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 nos ayuda a asegurarnos de que sepamos sobre los medicamentos con receta que obtiene y lo que está pagando.
- **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 que paga de su bolsillo, presente copias de sus recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe presentar copias de los 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 realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
 - Cada vez que compró medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pagó 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 la mayoría de 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 considera que falta algo o si tiene alguna pregunta, llámenos al Servicio al Cliente. Asegúrese de guardar estos informes.

CAPÍTULO 6:

Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados 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 recetados de la Parte D?**

Debido a que es elegible para Medicaid, califica para la “Ayuda Adicional” y la está recibiendo de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. La mayoría de nuestros miembros califica para la “Ayuda Adicional” y la está recibiendo de Medicare para pagar sus gastos del plan de medicamentos recetados. Si 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 separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos recetados)*, también conocida como *Low Income Subsidy Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos)* o *LIS Rider (Cláusula adicional LIS)*, que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, llame a Atención al Cliente y solicite la Cláusula adicional LIS.

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

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

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

Nuestros proveedores de la red facturan al plan directamente por los servicios y medicamentos cubiertos: no debería recibir una factura por los servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, examinaremos la factura y decidiremos si los servicios 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. Consulte 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, posiblemente, por más de su parte del costo compartido según se indica en el documento. 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.

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 al plan.

- Si paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.

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

- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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 al 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. No permitimos que los proveedores le facturen los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cargo. Esto se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, 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, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debe pedirnos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeudaba según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan.

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya ha 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. Deberá enviarnos la documentación, como recibos y facturas para que coordinemos el reembolso.

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

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 deberá 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 información sobre estas circunstancias, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

Si no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la 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.

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

Usted puede pagar el costo total del medicamento recetado 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” del 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.

7. Cuando usted paga el costo de los beneficios complementarios o suministros médicos cubiertos por el plan.

Es posible que reciba servicios para algunos beneficios complementarios o suministros médicos del plan de proveedores fuera de nuestra red. Esto puede incluir la acupuntura, la naturopatía, la atención de la vista y los suministros médicos cubiertos (como medias de compresión o corpiños para después de una mastectomía) de tiendas de medicamentos o departamentales (como Walmart y Nordstrom). Usted o su proveedor deben comunicarse con nosotros para determinar cuánto le queda de su monto de beneficios antes de recibir los servicios. Al recibir estos servicios, debe pedirle al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.

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

- Algunas veces, es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.
- Los beneficios complementarios del plan tienen un límite de cobertura. No pagaremos ninguno de estos servicios que superen el límite de beneficios. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre los beneficios.

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 de este documento 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. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación dentro de los 365 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (medicare.chpw.org/) o llame al Servicio al cliente y pídale.

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 Reviews
P.O. Box 66571
St. Louis, MO 63166-6571

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

Solicitudes de pago de la cobertura de servicios médicos, odontológicos 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

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

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. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no pagó 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 3.2 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 de este documento.

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 proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y coherente con las áreas de sensibilidad según su cultura (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	---

Su 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 un 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 proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio al Cliente.

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 cobertura médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es la responsabilidad del 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 al 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, llame para presentar un reclamo ante el Departamento de Reclamos y Apelaciones de Community Health Plan of Washington. 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 proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) de la red del 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 del 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 se compartió con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos en poder del 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 corriamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

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. Para obtener una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, llame al Servicio al Cliente o puede visitarnos en medicare.chpw.org/ para obtener una copia electrónica.

Sección 1.4	Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	--

Como miembro de *Dual Select 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:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **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 recetados 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**Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención****Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica**

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de cobertura 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. Desde luego que 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**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados **testamento vital** y **poder de representación para las decisiones de atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una instrucción anticipada para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede pedirle un formulario de instrucciones anticipadas a su abogado o al asistente social, o puede conseguirlo en algunas tiendas de suministros para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
 - Para descargar un formulario de instrucciones anticipadas u obtener uno por correo, ingrese en wsma.org/advance-directives
 - Para obtener más información sobre cómo tomar decisiones sobre atención médica en línea, visite honorringchoicespnw.org
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles 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.

Recuerde que es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado 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 del Estado de Washington (DOH).

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

Teléfono: 360-236-4700 / 1-800-525-0127 (línea gratuita)
TTY: Marque 711.
Fax: 360-236-4818

Correo electrónico: HSQAComplaintIntake@doh.wa.gov

Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y 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	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?
--------------------	--

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

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, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar 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.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que esté enfrentando:

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

Sección 1.8	¿Cómo puede obtener más información sobre sus derechos?
--------------------	--

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

- Puede **llamar al Servicio al Cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare Rights & Protections (Sus derechos y protecciones de Medicare)*. (La publicación está disponible en [medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).)
 - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación se enumera lo que tiene que hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al Cliente.

- **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.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de seguro médico o cobertura para medicamentos recetados 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 miembro del plan y de Apple Health (Medicaid) del estado de Washington cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados 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 todos 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 del plan.

Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales (según lo informado en su última declaración de impuestos), debe seguir pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **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 servicio de nuestro plan no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

*Lo que debe hacer si tiene un problema
o una queja (decisiones de cobertura,
apelaciones, quejas)*

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 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 **Medicaid**. Si desea recibir ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el de Medicaid, o ambos, comuníquese con Servicio al Cliente.
2. El tipo de problema que tiene:
 - Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y de apelaciones**.
 - Para otros problemas, debe utilizar el **proceso para presentar quejas; también denominadas reclamos**.

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

La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado para usar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 Acerca de los 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 y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar la lectura, este capítulo:

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

Sin embargo, puede resultarle útil y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos usar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

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

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato con usted, estamos obligados a respetar su derecho a queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el Servicio al Cliente para recibir ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación, se detallan dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro 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 ayudarlo 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. Encontrará los números de teléfono y las URL del sitio web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

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

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

Puede obtener ayuda e información de Apple Health (Medicaid) del estado de Washington

Llame a la Autoridad de Atención Médica (HCA) del estado de Washington al 1-800-562-3022. Los representantes están disponible de lunes a viernes, de 7 a.m. a 5 p.m. A veces la espera es larga, pero hay opciones de autoservicio disponibles por teléfono y en Internet. Para obtener más información de contacto, consulte la Sección 6 del Capítulo 2.

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

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

Debido a que tiene Medicare y recibe asistencia de Apple Health (Medicaid) del estado de Washington, 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) del estado de Washington. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Apple Health (Medicaid) del estado de Washington, debe utilizar el proceso de Apple Health (Medicaid) del estado de Washington. Si desea recibir ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o de Apple Health (Medicaid) del estado de Washington, comuníquese con el Servicio al Cliente. El proceso de Medicare y el proceso de Apple Health (Medicaid) del estado de Washington 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 Medicaid?

Si desea recibir ayuda para decidir si su problema es sobre los beneficios de Medicare o Medicaid, comuníquese con el Servicio al Cliente.

Mi problema es sobre los beneficios de Medicare.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare.**

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

Vaya a la **Sección 12** de este capítulo, **Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid.**

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE****SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare****Sección 4.1 ¿Debe usted utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?**

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas sobre los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para averiguar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o preocupación acerca de sus beneficios de Medicare, utilice esta tabla:

¿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 recetados 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 siguiente sección de este capítulo, **Sección 5, Una guía de los fundamentos de las decisiones y apelaciones de cobertura**.

No.

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

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

SECCIÓN 5 Una guía de los fundamentos de las decisiones y apelaciones de cobertura

Sección 5.1	Solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones: el panorama general
--------------------	---

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 recetados de la Parte D, incluidos los pagos). Para simplificar las cosas, en general, llamamos **atención médica** a artículos médicos, servicios y medicamentos recetados 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.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

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 su médico de la red del plan lo deriva a un especialista médico que no pertenece a la red, esta derivación se considera una decisión favorable de cobertura, a menos que 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 otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos determinada atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. 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 lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que Medicare ya no la cubre para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

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

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho, ya sea antes o después de recibir un beneficio, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que analizamos más adelante, puede solicitar una apelación acelerada o 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 hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En limitadas circunstancias, se rechazará una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se rechazará una decisión de cobertura se encuentran: si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted exige que se retire la 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, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2, en el que una organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan la evaluará.

- 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.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.
- En el caso de las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan más en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

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

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	--

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

- **Puede llamarnos al Servicio al Cliente.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia en seguros de salud.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico lo 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 el sitio web de Medicare, cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web 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 recetados de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o la persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que intervenga 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 al Servicio al Cliente y pida el formulario de *Designación de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web medicare.chpw.org/member-center/member-resources/medicare-plan-documents/). El formulario le otorga a esa persona la autorización de 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.

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

- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. 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 ponerse en contacto con su propio abogado o buscar a otro profesional del colegio de abogados de su localidad o a través de otro servicio de derivación. También 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 5.3

¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?

Existen cuatro situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.
- **Sección 9** de este capítulo: Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura termina demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios*: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación completa para pacientes externos [CORF])

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame al Servicio al Cliente. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.

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

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

Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si quiere que le devolvamos nuestra parte del costo de su atención
--------------------	---

En esta sección se describen sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento recetados de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos recetados 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 cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto 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 centro de rehabilitación completa para pacientes externos (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 6.2****Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura****Términos legales**

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la 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.

Generalmente, se toma una decisión estándar de cobertura dentro de 14 días o 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. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Usted *solo puede solicitar* cobertura para artículos o servicios médicos (no puede realizar solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió).
- 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 funcional*.
- **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 le explicará lo siguiente:
 - Que usaremos los plazos estándares.
 - Si su médico le pide la decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura
 - Se le explica 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.

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

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 en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para **un artículo o servicio médico**. Si solicita un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta en un **plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días 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 para tomar una decisión si está solicitando un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera 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. (Consulte 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 solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, responderemos en un **plazo de 24 horas**.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días más**. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

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

- **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

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al 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 o de 7 días 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 una atención médica que todavía no ha recibido, 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 60 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

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

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.** Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y por enviarle esta información.

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.
- Si fuera necesario, recopilaremos más información, para lo cual posiblemente nos comuniquemos con usted o con 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 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 si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - 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.

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

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 solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta 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 recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si considera 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. (Consulte la Sección 11 de este capítulo 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 brindar la cobertura dentro de un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

Paso a paso: Cómo se realiza 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 está relacionada 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.

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

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 relacionada con 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 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 adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

- Para la apelación estándar, si solicita un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir 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 adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

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 una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en el plazo de 72 horas** o proporcionar el servicio en el plazo de **14 días calendario** de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándares** o brindar el servicio **en un plazo de 72 horas** desde la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare **en el plazo de las 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándares** o **en el plazo de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización dice que no a parte o a la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan 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 que contiene lo siguiente:
 - La explicación de la decisión.
 - Se le notificará 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.
 - Las indicaciones para presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: 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 cinco niveles de apelación). Si desea pasar a la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que reciba después de su 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 los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

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

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le devolvamos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

Si ya pagó un servicio o producto de Medicaid 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. 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 es un servicio cubierto. 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 tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir 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, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3. Para apelaciones sobre el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, 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.

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

SECCIÓN 7 Medicamentos recetados 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 quiere que le reembolsemos 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, consulte el Capítulo 5). Para obtener más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte 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 presentarse 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:

- Si nos pide que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 7.2**

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

- 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 hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

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

Sección 7.2	¿Qué es una excepción?
--------------------	-------------------------------

Términos legales

<p>Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos” se denomina, en ocasiones, excepción al formulario.</p>

<p>Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, excepción al formulario.</p>
--

<p>Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una excepción de nivel.</p>
--

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 dos ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas 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”.

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

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar 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 da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del 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 de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: 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.

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

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

- Debe solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (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 la persona autorizada a dar recetas 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 persona autorizada a dar recetas, 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 le explicará lo siguiente:
 - Usaremos los plazos estándares.
 - Si su médico o la persona autorizada a dar recetas 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. En el Capítulo 2 podrá encontrar la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto y los datos para identificar qué reclamación denegada está siendo apelada.

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.

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

Paso 3: consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.

Plazos para una decisión rápida de cobertura

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir 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**, tenemos que brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **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 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**, tenemos que brindar la cobertura que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **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.

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

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 solicitud.
 - 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 en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida también se llama **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. 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 ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas 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 6.4 de este capítulo.

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

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 se detalla 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 determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto y los datos sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un plazo de 60 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 sustentar su apelación.

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

- Mientras nuestro plan revisa 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 6.6 se explica el proceso de apelación del Nivel 2.

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

- **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 ha recibido 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 6.6 se explica el proceso de apelación del Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibida 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 solicitud.
 - 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 a 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 en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 7.6****Paso a paso: 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 está relacionada 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. Si, sin embargo, 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 IRE.
- 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.

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

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con 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 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.

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

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si se trata de un medicamento que aún no recibió. Si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta 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 brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

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 **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 rechaza su apelación?

Si esta organización dice que no a 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 que contiene lo siguiente:

- La explicación de la decisión.
- Un aviso para usted sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando 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 en el Nivel 2 es definitiva.
- Informarle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

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

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 cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso escrito que recibe después de la decisión de su 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 8 **Cómo solicitarnos la cobertura de 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 que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo 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 un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos
--

Dentro de los dos días 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 al Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

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

- 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. El aviso no le da la fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

- 3. Guarde la copia** del aviso para tener a mano 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 dos días 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, puede llamar al Servicio al Cliente o 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.
También puede ver el aviso en línea en cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 8.2**Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital**

Si desea pedir que los servicios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**

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

- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio al Cliente. O bien, llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Compruebe 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?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo comunicarse 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** y 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.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la organización para la mejora de la calidad y aún desea apelar, debe presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

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

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 llamando a Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, puede ver un aviso de muestra en línea en cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

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 así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- 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 *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.

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

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *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 *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. Presentar otra apelación significa que pasa al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3

Paso a paso: 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 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 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.

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

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 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 un costo compartido.

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 tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que 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 8.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital?
--------------------	--

Término legal

A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina apelación acelerada.
--

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para comenzar su apelación de Nivel 1 de la fecha del alta del hospital. Si se vence el plazo para comunicarse con la organización para la mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

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

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Paso 1: Contáctenos y pídanos una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los estándares. En el Capítulo 2 se detalla la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si la fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobamos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una revisión rápida

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** estamos diciendo que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de la fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

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

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación, su caso se *enviará automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones de Nivel 2 *alternativo*

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 está relacionada 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: enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos reembolsarle (devolverle el dinero) la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
 - En el aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente, se le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3, que es manejada por un juez de derecho administrativo o un mediador.

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

Paso 3: si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si quiere continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o pasar a una apelación de Nivel 3.
- 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**

Sección 9.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios: Servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación completa para pacientes externos (CORF)*

Cuando está recibiendo servicios cubiertos de **atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación completa 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 los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del 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 9.2 **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 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 dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso, le informamos lo siguiente:

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

- 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 esté de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir la atención.

Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo
--------------------	--

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 en cualquier momento, llame al Servicio al Cliente. O bien, llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada.

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?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) 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 se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, y todavía desea apelar, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

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

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 así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado 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 servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- 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 hemos comunicado.**
- Si decide seguir recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación completa para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que finaliza su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

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

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 9.4

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

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 centro de rehabilitación completa para pacientes externos (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** 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 de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión la acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido 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.

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

¿Qué sucede si la organización de revisión 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 tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que 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 9.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?
--------------------	--

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Término legal
A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina apelación acelerada.

Paso 1: Contáctenos y pídanos una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los estándares. En el Capítulo 2 se detalla la información de contacto.

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

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una revisión rápida

- **Si aceptamos su apelación**, significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo, y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación completa para pacientes externos (CORF) después de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es Entidad de revisión independiente . A veces se la denomina IRE .

Paso a paso: Proceso de apelaciones de Nivel 2 *alternativo*

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos en cuanto a su apelación rápida. Esta organización determina si la decisión debe modificarse. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

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

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces debemos devolverle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó el plan respecto de la primera apelación y no la modificará.
- En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea pasar a la apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que reciba después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- En el Nivel 3, su apelación es revisada por 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.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y niveles posteriores****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 han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado 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 tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. 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 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.

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

Apelación de Nivel 4: el **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el “Consejo”) 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 tomada en el 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 han sido 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.

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

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. 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 la apelación se rechaza, 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 resolución.
- **Si la apelación se rechaza, 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 o rechaza la solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién ponerse en contacto y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

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

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

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, 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. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o a la información confidencial compartida?
Falta de respeto servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestro Servicio al Cliente? • ¿Siente que lo están alentando a dejar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿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 al Servicio al cliente u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de examen, o para recibir una prescripción.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le hemos dado el aviso requerido? • ¿Nuestra información por escrito es difícil de comprender?

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

Queja	Ejemplo
<p>Respeto de los plazos (Estos tipos de quejas se relacionan con lo <i>oportuno</i> de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>Si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos solicitó una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, y hemos dicho que no; puede presentar una queja. • Si 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** también se denomina **interponer un reclamo**.
- **Usar el proceso para quejas** también se dice **usar el proceso para interponer un reclamo**.
- Una **queja rápida** también se denomina **reclamo acelerado**.

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

Sección 11.3 Paso a paso: presentación de una queja**Paso 1: póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.**

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Servicio al cliente.** 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.

- **De ser 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.

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

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

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

- **Puede presentar su queja directamente 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 cobertura 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 11.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre *Dual Select de CHPW* directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en [medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). 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) del estado de Washington, puede comunicarse con la Autoridad de Atención Médica (HCA) del estado de Washington. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 de este documento para ver la información de contacto. La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington ayuda a las personas inscritas en Apple Health (Medicaid) del estado de Washington con problemas de servicio o facturación. Pueden ayudarle a presentar una queja o una apelación con nuestro plan.

CAPÍTULO 10:

Cancelación de su membresía en el plan

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

Cancelar su membresía en *Dual Select 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 ha decidido que *quiere* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo finalizar su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si deja nuestro plan, este debe seguir brindándole atención médica y medicamentos recetados, y seguirá pagando su parte del costo compartido hasta que finalice 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) del estado de Washington, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes períodos especiales de inscripción:

- enero a marzo
- abril a junio
- julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, deberá esperar al próximo período para cancelar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede utilizar este período especial de inscripción para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Período de inscripción anual. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de inscripción anual.

- Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos recetados

- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados 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.

Comuníquese con la Oficina Estatal de Medicaid para obtener información sobre las opciones de su plan de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** 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 anual
--------------------	--

Puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el Período de inscripción abierta anual). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **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 recetados.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
- **Su membresía en nuestro plan se cancelará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan 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 en un plan de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Sección 2.3	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage
--------------------	--

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual 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 Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese 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 Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados 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 especial 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 especial de inscripción si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Apple Health (Medicaid) del estado de Washington.
- Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” a fin de pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
- Si violamos 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, por sus siglas en inglés).

Nota: La Sección 2.1 le explica más sobre los períodos especiales de inscripción para las personas con 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), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. 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 recetados de Medicare. Puede elegir lo siguiente:
- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

O

- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan 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.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le explican más sobre los períodos especiales de inscripción para las personas con Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5 **¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía.**

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Atención al Cliente.**
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2024*** (Medicare y usted 2024).
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

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

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.• Su inscripción en <i>Dual Select de CHPW</i> se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.• Su inscripción en <i>Dual Select de CHPW</i> se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<p>Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado</p> <ul style="list-style-type: none">○ si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan 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.○ Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">● Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más obtener información acerca de cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio al cliente.● También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.● Su inscripción en <i>Dual Select de CHPW</i> se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Apple Health (Medicaid) del estado de Washington, comuníquese con la Autoridad de Atención Médica del estado de Washington al 1-800-562-3022, TTY 1-800-848-5429, que está disponible de lunes a viernes, de 7 a.m. a 5 p.m. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura de Apple Health (Medicaid) del estado de Washington.

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

Hasta que finalice su membresía en *Dual Select de CHPW* 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 está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 **Debemos cancelar su membresía en *Dual Select de CHPW* en ciertas situaciones**

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

Debemos cancelar su membresía en *Dual Select 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 Medicaid. Como se indicó en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid.
- Si CHPW determina que ya no cumple con los requisitos de elegibilidad de 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 gasto médico, si corresponde.
- Si se muda fuera del área de servicio.

- Si se encuentra fuera de nuestra área de prestación de servicios durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar al Servicio al Cliente 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 es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos recetados.
- 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 no paga las primas del plan durante cuatro meses.
 - Debemos avisarle por escrito que tiene cuatro meses para pagar la prima del plan antes de cancelar su membresía.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame al Servicio al Cliente.

Sección 5.2	No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud
--------------------	--

Dual Select 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 solicitando que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, 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, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no fue 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 [hhs.gov/ocr/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/index.html).

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Servicio al cliente puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), *Dual Select 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 cualquier legislación estatal.

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 de palabras importantes

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de prestación de servicios del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que: (1) brinda 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. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

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 o del Estado para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Biosimilar: medicamento recetado que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares suelen requerir una nueva receta para sustituir al producto biológico original.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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. Nosotros, su plan, debemos 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 asistencial.

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 recetados 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.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. (Esto es complementario a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres 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, incluyen ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse, 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 antes de que nuestro plan los pague.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el 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 su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se denominan decisiones de cobertura en este documento.

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.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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.

Etapas 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 \$8,000 en concepto de medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga todos sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No debe pagar nada.

Etapas de cobertura inicial: etapa antes de que sus costos totales de medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año, alcancen los \$5,030.

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 pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (como un médico o hospital) factura a un paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de *Dual Select 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 su plan indica que debe pagar.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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 tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene 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 aplicación informática en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica del formulario y de beneficios. 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 medicamento aceptada: un uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o avalado por ciertos libros de referencia.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de determinados medicamentos 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 del plan.

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de cobertura médica están cubiertos si reúne los requisitos para Medicare y Medicaid.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Medicamento 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 que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y por lo general es más económico.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos recetados 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: el programa federal de seguros médico 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): es una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

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 (Income Related Monthly Adjustment Amount). 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.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Monto máximo que paga de su bolsillo: es el monto que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el monto máximo de que paga de su bolsillo. Si es elegible para recibir la asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, no es responsable de pagar los costos de su propio bolsillo para la cantidad máxima que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (**Nota:** Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo).

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual 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 recetados 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 recetados.

Nivel de costo compartido: Todos los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos se encuentran en uno de los 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.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o plan Medicare con “pago por servicio”): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En Original Medicare, 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. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare 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 ha recibido 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 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 Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare 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 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 doblemente elegible: una persona que califica para la cobertura Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales de atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más condiciones crónicas graves o incapacitantes, definidas en el Título 42, Sección 422.2 del Código de Regulaciones Federales (CFR), incluida la restricción de la inscripción en función de los múltiples grupos de condiciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en el Título 42, Sección 422.4(a)(1)(iv) del CFR.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Plan de necesidades especiales institucional (SNP): un plan que inscribe personas elegibles que residen de manera continua o que se espera que residan de manera continua durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de atención de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes internados o centros aprobados por CMS que proporcionan servicios de atención médica a largo plazo similares cubiertos por la Parte A, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades similares y estado de atención médica a los otros tipos de centro nombrados. Un plan de necesidades especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con (o poseer y operar) los centros específicos de LTC.

Plan de necesidades especiales institucional equivalente (SNP): un plan que inscribe a las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional basado en la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida contratada (ALF, por sus siglas en inglés), si fuera necesario para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

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 el 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).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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 un i) 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 del 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 costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): es el seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las brechas de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

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: 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. Los productos biosimilares generalmente funcionan igual de bien, y son igual de seguros que los productos biológicos originales.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: un programa que brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros que tienen la Parte D, y que hayan alcanzado la etapa del período sin cobertura y aún no reciban “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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 cobertura médica.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de cobertura médica, hospitales y otros centros de cobertura médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para brindar servicios de cobertura 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. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con 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 implica disputas de cobertura o pago.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés): 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 del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Servicio al cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a las preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. **Costo compartido diario:** es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta 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 su plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

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 cobertura médica y suministros cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia y que se proporcionan cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente, o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y son médicamente necesarios.

Subluxación: un desplazamiento o una desalineación parcial de las vértebras. Como diagnóstico médico, el proveedor debe identificar los requisitos médicos específicos. Para obtener información sobre cómo se relaciona con sus beneficios médicos, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4, "Servicios quiroprácticos".

Subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés): consulte "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.

Servicio al Cliente de *Dual Select de CHPW*

Método	Información de contacto del Servicio al cliente
LLAME AL	1-800-942-0247 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. El Servicio al cliente también ofrece un servicio de interpretación gratuito para las personas que no hablan inglés.
TTY	Marque 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. Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	1-206-652-7050
ESCRIBA A	Community Health Plan of Washington Attn: Community Health Plan of Washington Medicare Advantage 1111 3rd Avenue, Suite 400 Seattle, WA 98101
SITIO WEB	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 de salud de forma gratuita a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-562-6900
TTY	Marque 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.
ESCRIBA A	SHIBA Helpline Office of the Insurance Commissioner P.O. Box 40255 Olympia, WA 98504-0255
SITIO WEB	insurance.wa.gov/statewide-health-insurance-benefits-advisors-shiba

Declaración de divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (PRA). Según la Ley de Reducción de Trámites (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.

Contacto

Miembros futuros:

1-800-944-1247

Miembros actuales:

1-800-942-0247

TTY: 711

Horas:

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