



1 de enero – 31 de diciembre de 2024

EVIDENCIA DE COBERTURA

Sus Beneficios y Servicios de Salud y su Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare como Miembro de Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP)

Este documento incluye los detalles de su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos con receta 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 1-800-688-3813 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Se usa un servicio de menajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. Esta llamada es gratuita.**

Este plan, Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP), es ofrecido por Cigna HealthcareSM. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Cigna Healthcare. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP)).

Este documento está disponible en otros formatos de forma gratuita.

Para que le proporcionemos información de manera que la entienda bien, llame a Servicio al Cliente. Podemos suministrarle información en braille, letra grande u otros formatos alternativos si lo necesita.

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

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a las personas inscritas afectadas con al menos 30 días de anticipación.

En este documento se explican sus beneficios y derechos. Use este documento para entender lo siguiente:

- ☐ La prima y el costo compartido de su plan;
- ☐ Su beneficio médico y de medicamentos con receta;
- ☐ Cómo presentar una queja si no está conforme con un servicio o tratamiento;
- ☐ Cómo comunicarse con nosotros si necesita ayuda adicional; y
- ☐ Otras protecciones solicitadas por la ley de Medicare.

H5410_24_962123S_C

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

24_E_H5410_025_S

Evidencia de Cobertura de 2024 **Índice**

CAPÍTULO 1:	Primeros pasos para los miembros.....	4
SECCIÓN 1	Introducción.....	5
SECCIÓN 2	¿Cuáles son los requisitos para ser miembro del plan?.....	6
SECCIÓN 3	Material de membresía importante que recibirá.....	7
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para nuestro plan.....	8
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual.....	11
SECCIÓN 6	Mantener actualizado su registro de membresía del plan.....	12
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	12
CAPÍTULO 2:	Números de teléfono y recursos importantes.....	14
SECCIÓN 1	Contactos del plan.....	15
SECCIÓN 2	Medicare.....	18
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico.....	19
SECCIÓN 4	Organización de Mejora de la Calidad.....	20
SECCIÓN 5	Seguro Social.....	20
SECCIÓN 6	Medicaid.....	21
SECCIÓN 7	Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta.....	22
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria.....	24
SECCIÓN 9	¿Tiene un seguro colectivo u otro seguro de salud de un empleador?.....	25
CAPÍTULO 3:	Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos.....	26
SECCIÓN 1	Cosas que necesita saber al obtener su atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan.....	27
SECCIÓN 2	Use proveedores de la red del plan para recibir atención médica y otros servicios.....	28
SECCIÓN 3	Cómo recibir servicios cuando tiene una emergencia, necesita cuidados de urgencia o durante una catástrofe.....	30
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios?.....	32
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos si es parte de un estudio de investigación clínica?.....	32
SECCIÓN 6	Reglas para recibir servicios de cuidado de la salud cubiertos en una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos.....	33
SECCIÓN 7	Reglas de propiedad de equipos médicos duraderos.....	34
CAPÍTULO 4:	Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).....	36
SECCIÓN 1	Explicación de sus costos de desembolso por servicios cubiertos.....	37
SECCIÓN 2	Use el Cuadro de Beneficios Médicos para averiguar qué cobertura brinda el plan y cuánto deberá pagar....	38
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de nuestro plan?.....	69
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no cubre el plan?.....	70
CAPÍTULO 5:	Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D.....	73
SECCIÓN 1	Introducción.....	74

SECCIÓN 2	Despacho de medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.....	74
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar incluidos en la “Lista de Medicamentos” del plan.....	77
SECCIÓN 4	La cobertura de algunos medicamentos tiene restricciones.....	78
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted espera?.....	79
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?.....	80
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos no cubre el plan?.....	82
SECCIÓN 8	Despacho de medicamentos con receta.....	82
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	83
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos.....	84
SECCIÓN 1	Introducción.....	87
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa en el pago de medicamentos en la que se encuentre al recibir el medicamento.....	89
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra.....	89
SECCIÓN 4	Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo de sus medicamentos.....	90
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga la suya.....	90
SECCIÓN 6	Costos en la Etapa de Interrupción de Cobertura.....	92
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de Cobertura de Gastos Excedentes, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.....	93
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las reciba.....	93
CAPÍTULO 6:	Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....	95
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos.....	96
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió.....	97
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y daremos una respuesta afirmativa o negativa.....	98
CAPÍTULO 7:	Sus derechos y responsabilidades.....	99
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan.....	100
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	104
SECCIÓN 1	Introducción.....	106
SECCIÓN	106	
SECCIÓN 3	Explicación del proceso de quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid de nuestro plan.....	107
SECCIÓN 4	Decisiones de cobertura y apelaciones.....	107
SECCIÓN 5	Guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	107
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	109
SECCIÓN 7	Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	116
SECCIÓN 8	Cómo pedirnos que cubramos una estadía más prolongada en el hospital como paciente internado si piensa que le darán el alta demasiado pronto.....	122
SECCIÓN 9	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si piensa que su cobertura finalizará demasiado pronto.....	127

SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y niveles superiores.....	131
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.....	133
SECCIÓN 12	Solucionar los problemas sobre los beneficios de Medicaid.....	135
CAPÍTULO 8:	Cómo finalizar su membresía en el plan.....	136
SECCIÓN 1	Introducción a cómo finalizar su membresía en nuestro plan.....	137
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?.....	137
SECCIÓN 3	¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?.....	139
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	140
SECCIÓN 5	Cigna Healthcare debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones.....	140
CAPÍTULO 9:	Avisos legales.....	142
SECCIÓN 1	Aviso sobre derecho aplicable.....	143
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	143
SECCIÓN 3	Aviso sobre derechos de subrogación de Pagador Secundario de Medicare.....	143
SECCIÓN 4	Aviso sobre subrogación y repetición de terceros.....	143
SECCIÓN 5	Denuncie Situaciones de Fraude, Uso Indebido o Abuso.....	144
CAPÍTULO 10:	Definiciones de términos importantes.....	145

CAPÍTULO 1:

*Primeros pasos para los
miembros*

SECCIÓN 1 Introducción**Sección 1.1 Usted está inscrito en Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP), que es un Plan Medicare Advantage especializado (Plan de Necesidades Especiales)**

Su cobertura está a cargo tanto de Medicare como de Medicaid:

- ☐ **Medicare** es el programa Federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con una enfermedad renal terminal (fallo renal).
- ☐ **Medicaid** es un programa gubernamental Federal y estatal conjunto que ayuda a determinadas personas con recursos e ingresos limitados a pagar sus costos médicos. La cobertura de Medicaid puede variar dependiendo del estado y del tipo de Medicaid que usted tenga. Algunas personas que tienen Medicaid obtienen ayuda para pagar las primas y otros costos de Medicare. Otras personas también obtienen cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido obtener su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP).

Tenemos la obligación de cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan difieren de Original Medicare.

Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP) es un Plan Medicare Advantage especializado (un Plan de Necesidades Especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de cuidado de la salud. Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP) está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que además tienen derecho a recibir asistencia de Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid).

Como usted recibe asistencia de Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid) con su costo compartido de la Parte A y la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro) es posible que no pague nada por sus servicios de cuidado de la salud de Medicare. Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid) puede brindarle otros beneficios al cubrir servicios de cuidado de la salud que Medicare no suele cubrir. También puede recibir "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP) ayudará a administrar todos estos beneficios para que usted reciba los servicios de cuidado de la salud y la asistencia para el pago a la que tiene derecho.

Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP) es dirigido por una compañía privada. Al igual que todos los Planes Medicare Advantage, este Plan de Necesidades Especiales está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Florida para coordinar sus beneficios de Medicaid. Para nosotros es un placer proporcionarle la cobertura de cuidado de la salud de Medicare, incluida su cobertura de medicamentos con receta.

La cobertura en virtud de este Plan reúne los requisitos para ser considerada una Cobertura de Salud Calificada (QHC) y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en

www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto de Evidencia de Cobertura?

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

Los términos cobertura y servicios cubiertos se refieren a la atención médica, los servicios y los medicamentos con receta que usted tiene disponibles como miembro de Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP).

Es importante que conozca las reglas del plan y los servicios que tiene disponibles. Le alentamos a que dedique un tiempo a consultar este documento de *Evidencia de Cobertura*.

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

Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted y estipula la forma en que nuestro plan cubre sus servicios de cuidado de la salud. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y cualquier notificación que nosotros le enviemos sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. A veces, estas notificaciones se llaman *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato tendrá vigencia durante los meses en los que usted esté inscrito en nuestro plan, del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que, después del 31 de diciembre de 2024, podemos cambiar los costos y los beneficios de nuestro plan. 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 nuestro plan cada año. Puede seguir recibiendo todos los años cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciéndolo y que Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Cuáles son los requisitos para ser miembro del plan?**Sección 2.1 Sus requisitos para ser miembro**

Usted reúne los requisitos para ser miembro de nuestro plan si cumple con lo siguiente:

- ☐ Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- ☐ —y— Vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 que aparece a continuación describe nuestra área de servicio)
- ☐ —y— Es ciudadano de los Estados Unidos o está presente legalmente en el país
- ☐ —y— Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad descritos a continuación

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que obtienen ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa gubernamental Federal y estatal conjunto que ayuda a determinadas personas con recursos e ingresos limitados a pagar sus costos médicos). Para ser elegible para nuestro plan, usted debe reunir los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si deja de reunir los requisitos, pero puede preverse razonablemente que volverá a reunirlos en el plazo de 6 meses, seguirá siendo elegible para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 brinda información acerca de la cobertura y los costos compartidos durante un período de continuación presunta de la elegibilidad).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa gubernamental Federal y estatal conjunto que ayuda a determinadas personas con recursos e ingresos limitados a pagar sus costos médicos. Cada estado decide qué se considera como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios se cubren y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo dirigir el programa, siempre que sigan las directrices Federales.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid) que ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a las personas con recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- ☐ **Beneficiario de Medicare Calificado (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también reúnen los requisitos para obtener beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- ☐ **Beneficiario de Medicare Especificado con Ingresos Bajos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también reúnen los requisitos para obtener beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- ☐ **Persona Calificada (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.

☐ **Personas con Discapacidades que están Trabajando Calificadas (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Sección 2.3 Esta es el área de servicio de nuestro plan

Nuestro plan está disponible únicamente para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Florida: Lake, Marion, Orange, Osceola, Polk, Seminole, Sumter. Si piensa mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicio al Cliente para averiguar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se muda, tendrá un Período de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 Ciudadano de los EE. UU. o Presencia Legal en el País

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos de los EE. UU. o estar presentes legalmente en el país. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Cigna Healthcare si usted ya no cumple los requisitos para seguir siendo miembro por este motivo. Cigna Healthcare debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Material de membresía importante que recibirá

Sección 3.1 La tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar la tarjeta de membresía para obtener los servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. A continuación, incluimos un modelo de tarjeta de membresía para mostrarle cómo se verá la suya:

		Plan Name Plan Type>	
Name	<Customer Full Name>	<Contract/PBP[/segment]>	
ID	<Customer ID>		
Health Plan	(80840)		
Effective Date	<Effective Date>		
PCP	<PCP Name>		
PCP Phone	<Phone Number>		
[Dental Plan]	<Dental Benefit>		
[No Referral Required]		RxBIN	<XXXXXXX>
		RxPCN	<XXXXXXX>
		RxGRP	<XXXXXXX>
PCP	<\$xx>	Specialist	<\$xx>
Emergency	<\$xx>	Urgent care	<\$xx>

This card does not guarantee coverage or payment.	
<barcode>	
[Services may require [a referral or] [an] authorization by the Health Plan.]	
[Medicare limiting charges may apply.]	
[Customer Service	<--Toll Free Number ---> (TTY 711)]
[Provider Services	<Phone Number>
[Authorization/Referral	<Phone Number>
[Provider Medical Claims	<Address>
[Pharmacy Help Desk	<Phone Number>
[Pharmacy Claims	<Address>
[Dental Services	<Phone Number> (TTY: 711)]
[Provider Dental Claims	<Address>
[<URL>]	

NO use su 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 Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP), quizás tenga que pagar el costo total de los servicios médicos por su cuenta. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios para enfermos terminales, o participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare.

En caso de daño, pérdida o robo de su tarjeta de membresía del plan, llame a Servicio al Cliente de inmediato, y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores y Farmacias: Su guía para todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* detalla los proveedores de servicios y de equipos médicos duraderos de nuestra red actual.

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

Debe obtener atención médica y servicios médicos de los proveedores de la red. Si recibe servicios en otro lugar sin la autorización correspondiente, tendrá que pagar el total. Al elegir un Médico de Cuidado Primario (PCP), también elegirá toda una red (un grupo específico de proveedores del Plan) de especialistas y hospitales a los cuales su PCP le referirá. Si desea consultar a especialistas o acudir a hospitales específicos, debe averiguar si su PCP envía a sus pacientes a esos proveedores. Cada PCP del plan usa ciertos especialistas y hospitales del plan para referir a sus pacientes. Esto significa que el PCP que usted elija determinará los especialistas y hospitales que usted podrá usar. Llame a Servicio al Cliente para obtener detalles acerca de los especialistas y hospitales que usted puede usar. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener los servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que nuestro plan autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Si no tiene una copia del *Directorio de Proveedores y Farmacias*, puede solicitar una (en formato electrónico o en papel) a Servicio al Cliente. Dentro de los tres días hábiles, se le enviará por correo la copia en papel del Directorio de Proveedores.

Sección 3.3 El Directorio de Proveedores y Farmacias: Su guía para las farmacias de nuestra red

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* detalla las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que aceptaron despachar medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan.

Puede usar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para buscar la farmacia de la red que desee usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, puede solicitar una copia a Servicio al Cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web, www.cignamedicare.com. Tanto Servicio al Cliente como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias de nuestra red.

Sección 3.4 La Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. Nos referimos a ella como “Lista de Medicamentos” para abreviar. Le informa qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en nuestro plan. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la “Lista de Medicamentos” de Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP).

Esta lista también le indica si hay alguna regla que limite la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la “Lista de Medicamentos”. La “Lista de Medicamentos” que le proporcionaremos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan más comúnmente. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la “Lista de Medicamentos” proporcionada. Si uno de sus medicamentos no está incluido en la “Lista de Medicamentos”, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Cliente para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre cuáles son los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.cignamedicare.com) o llamar a Servicio al Cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para nuestro plan

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima Mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por Inscripción Tardía para la Parte D (Sección 4.3)
- Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (Sección 4.4)

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menor

El programa “Ayuda Adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. La Sección 7 del Capítulo 2 brinda más información sobre este programa. Si usted reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual de su plan.

Si ya está inscrito y recibe ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas incluida en esta Evidencia de Cobertura no se aplique a su caso**. Le enviamos un documento por separado, conocido como *Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos con Receta* (también llamada Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos o Cláusula Adicional LIS), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente y pídanos la Cláusula Adicional LIS.

Las primas de la Parte B y de la Parte D de Medicare difieren para personas con diferentes ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre estas primas, consulte la sección *Costos de Medicare de 2024* de su copia del manual *Medicare y Usted 2024*. Si necesita una copia puede descargarla a través del sitio web de Medicare (www.medicare.gov), o puede pedir una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del Plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2024, la prima mensual de Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP) es \$25.60.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare además de la prima mensual del plan. Como se explicó en la Sección 2 anteriormente, para reunir los requisitos para participar en nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad tanto para Medicaid como para la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP), la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid) paga su prima de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y de la Parte B.

Si la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid) no paga sus primas de Medicare por usted, debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima por la Parte B. También puede incluir una prima por la Parte A para los miembros que no reúnen los requisitos para la Parte A sin primas.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía para la Parte D

Dado que usted es doblemente elegible, la multa por inscripción tardía (LEP) no se le aplica siempre que mantenga su condición de doblemente elegible, pero si pierde esta condición, podría tener que pagar una LEP. La multa por inscripción tardía para la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de que haya terminado su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más durante el cual no tuvo cobertura de medicamentos con receta acreditable de la Parte D ni de otro tipo. La cobertura de medicamentos con receta acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que haya estado sin la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. Deberá pagar esta multa durante el tiempo en que tenga cobertura de la Parte D.

No tendrá que pagarla en los siguientes casos:

- ☐ Usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- ☐ Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- ☐ Usted ha tenido cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un antiguo empleador, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le indicarán cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. Es posible que esta información se le envíe en una carta o que se incluya en un boletín del plan. Conserve esta información porque es posible que la necesite si luego se

inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Nota:** Cualquier notificación debe indicar que usted tenía cobertura de medicamentos con receta acreditable que se espera que pague lo mismo que paga el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.
- **Nota:** Las siguientes coberturas *no* son coberturas de medicamentos con receta acreditables: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web con descuentos para medicamentos.

Medicare determina la cantidad de la multa. Funciona del siguiente modo:

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que usted demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare a partir del momento en que reunió los requisitos para hacerlo. O cuente la cantidad de meses completos que usted no tuvo cobertura de medicamentos con receta acreditable, si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes en que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para planes de medicamentos de Medicare nacionales del año anterior. Para 2024, esta cantidad promedio de la prima es de \$34.70.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondear la cifra a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% de \$34.70, que es igual a \$4.85. Esto se redondea a \$4.90. Esta cantidad se sumaría **a la prima mensual de una persona con una multa por inscripción tardía para la Parte D.**

Hay tres cosas importantes que se deben tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía para la Parte D:

- Primero, **es posible que la multa cambie cada año** porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** todos los meses durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía para la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía para la Parte D se basará únicamente en los meses en que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial por tener la edad para poder inscribirse en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía para la Parte D, usted o su representante pueden pedir una revisión. Generalmente, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** posteriores a la fecha de la primera carta que reciba en la cual se declare que tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) por la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos ajustados modificados, según se informan en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Interno (IRS) de hace 2 años. Si esta cantidad supera determinada cantidad, pagará la cantidad de la prima estándar y el ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social –no su plan de Medicare– le enviará una carta para indicarle de cuánto será esa cantidad adicional. La cantidad adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación Ferroviaria o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de la forma en que pague la prima de su plan habitualmente, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional que usted debe. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga la cantidad adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual**Sección 5.1 Hay muchas formas en las que usted puede pagar la prima de su plan**

Hay tres formas en las que usted puede pagar la prima de su plan. Le pedimos que elija su opción de pago de la prima cuando complete su formulario de inscripción. También puede llamar a Servicio al Cliente para informarnos qué opción eligió o si desea realizar un cambio.

Si decide cambiar la forma en que paga su prima, pueden pasar hasta tres meses hasta que su nuevo método de pago entre en vigor. Mientras procesamos su solicitud de cambio del método de pago, usted tiene la responsabilidad de asegurarse de pagar la prima de su plan a tiempo.

Opción 1: Puede pagar con cheque

La prima mensual de su plan vence todos los meses, pero puede pagarla de manera trimestral o anual si lo prefiere. Puede decidir pagar la prima mensual de su plan directamente a nuestro plan. Debe enviarnos su cheque o giro postal a nombre de Cigna, a más tardar, el último día del mes. Incluya su número de identificación de miembro en el cheque. Su cheque no debe ser pagadero a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ni al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). El pago debe enviarse a Cigna, P.O. Box 742642, Atlanta, GA 30374-2642. Si se envía el pago a otra dirección de Cigna, se demorará el procesamiento.

Opción 2: Puede pagar en línea

Puede pagar la prima mensual de su plan usando el sistema de pago en línea seguro de Cigna, que le permite configurar pagos automáticos o hacer un pago por única vez según le resulte más cómodo. Nuestro sistema de pago en línea seguro está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, y puede encontrarlo en línea en www.cignamedicare.com/paymybill. Si tiene alguna pregunta sobre esta opción de pago, comuníquese con Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece en la parte de atrás de este folleto.

Opción 3: Puede solicitar que su prima se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que le deduzcan la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima mensual de su plan de esta forma. Nos complacerá ayudarle a coordinarlo.

Cambiar la forma en que paga su prima. Si decide cambiar la opción según la cual paga su prima, pueden pasar hasta tres meses hasta que su nuevo método de pago entre en vigor. Mientras procesamos su solicitud de cambio del método de pago, usted tiene la responsabilidad de asegurarse de pagar la prima de su plan a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Servicio al Cliente.

Qué debe hacer si tiene problemas para pagar la prima de su plan

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

Si tiene problemas para pagar la prima a tiempo, comuníquese con Servicio al Cliente para averiguar si podemos darle información sobre programas que le ayudarán con la prima de su plan.

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

No. No tenemos permitido cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo comunicaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que usted debe pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si comienza a reunir los requisitos para el programa “Ayuda Adicional” o si deja de reunirlos durante el año. Si un miembro reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, el programa “Ayuda Adicional” pagará una parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que deje de reunir los requisitos durante el año deberá comenzar a pagar la prima mensual completa. Puede obtener más información sobre el programa “Ayuda Adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía tiene información tomada de su formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Indica la cobertura específica de su plan, lo que incluye su Proveedor de Cuidado Primario/Grupo Médico/Asociación de Médicos Independientes (IPA). Un Grupo Médico es una asociación de proveedores de cuidado primario (PCP), especialistas o proveedores auxiliares, como terapeutas y radiólogos. Una Asociación de Médicos Independientes (IPA) es un grupo de médicos de cuidado primario y especialistas que trabajan juntos para coordinar sus necesidades médicas.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted.

Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son sus costos compartidos. Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos de los siguientes cambios:

- ☐ Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- ☐ Cambios en la cobertura de cualquier otro seguro de salud que tenga (como la cobertura de su empleador, de su cónyuge o conviviente, del empleador de su cónyuge, un seguro de accidentes de trabajo o Medicaid)
- ☐ Si tiene alguna demanda de responsabilidad civil, como una demanda por un accidente automovilístico
- ☐ Si fue admitido en un hogar de ancianos
- ☐ Si se atiende en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- ☐ Si cambia la persona responsable designada (como un cuidador)
- ☐ Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No tiene la obligación de comunicarle a su plan los estudios de investigación clínica en los que piensa participar, pero le sugerimos que lo haga)

Si alguno de estos datos cambia, llame a Servicio al Cliente para informarlo.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare nos exige que le pidamos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o cobertura de seguro de medicamentos que usted tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga con sus beneficios en virtud de nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de Beneficios**.

Una vez al año, y también cuando Medicare nos informa cambios en su cobertura de otros seguros, le enviaremos una carta junto con un cuestionario para confirmar la cobertura de otros seguros. Le pedimos que complete el cuestionario y nos lo devuelva, o que llame a Servicio al Cliente para informarnos si sigue teniendo la cobertura de otros seguros o si ha finalizado. Si tiene otra cobertura de seguro médico o cobertura de seguro de medicamentos que no está incluida en la carta, llame a Servicio al Cliente. Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen en forma correcta y puntual.

Si usted tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal del empleador), hay reglas establecidas por Medicare que determinan si debe pagar primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero se llama pagador primario y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo se llama pagador secundario; este solo paga si quedan costos que la cobertura primaria no haya cubierto. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos que no fueron cubiertos. Si usted tiene otro seguro, infórmeselo a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas se aplican para la cobertura de planes de salud colectivos de un sindicato o empleador:

- ☐ Si usted tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- ☐ Si su cobertura de un plan de salud colectivo depende de su empleo actual o del de un familiar, la decisión de quién paga primero dependerá de su edad, de la cantidad de empleados de su empleador y de si usted tiene Medicare en función de su edad, una discapacidad o una Enfermedad Renal Terminal (ESRD):

- Si tiene menos de 65 años y tiene discapacidad, y usted o su familiar todavía trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o al menos un empleador de un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
- Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o conviviente todavía trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o al menos un empleador de un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- ☐ Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud colectivo pagará primero durante los primeros 30 meses a partir del momento en que usted comience a reunir los requisitos de Medicare.

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

- ☐ Seguro sin culpa (incluye seguro de automotores)
- ☐ Responsabilidad civil (incluye seguro de automotores)
- ☐ Beneficios por antracosis
- ☐ Seguro de accidentes de trabajo

Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid) y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare o los planes de salud colectivos de empleadores hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono y
recursos importantes*

SECCIÓN 1 Contactos del plan

(cómo comunicarse con nosotros y ponerse en contacto con Servicio al Cliente)

Cómo comunicarse con Servicio al Cliente de nuestro plan

Para obtener asistencia con preguntas sobre tarjetas de miembro, facturación o reclamos, llame o escriba a Servicio al Cliente de Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP). Nos complacerá ayudarle.

Método	Servicio al Cliente: Información de Contacto
TELÉFONO	1-800-668-3813 Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al Cliente atiende del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para quienes no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al Cliente atiende del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
CORREO POSTAL	Cigna Healthcare, Attn: Member Services, P.O. Box 2888, Houston, TX 77252
SITIO WEB	www.cignamedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión de cobertura o presente una apelación respecto de su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que nosotros tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. Para obtener más información sobre el pedido de decisiones de cobertura o apelaciones respecto de su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de Cobertura para la Atención Médica: Información de Contacto
TELÉFONO	1-800-668-3813 Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al Cliente atiende del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al Cliente atiende del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
CORREO POSTAL	Cigna Healthcare, Attn: Precertification Department, P.O. Box 20002, Nashville, TN 37202

Decisiones de Cobertura para Medicamentos con Receta de la Parte D: Información de Contacto	
Método	
TELÉFONO	1-800-668-3813 Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al Cliente atiende del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al Cliente atiende del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
CORREO POSTAL	Cigna Healthcare, Attn: Coverage Determination & Exceptions, 8455 University Place #HQ2L-04, St. Louis, MO 63121
SITIO WEB	www.cignamedicare.com

Apelaciones respecto de la Atención Médica: Información de Contacto	
Método	
TELÉFONO	1-800-511-6943 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 9:00 p. m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 9:00 p. m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
CORREO POSTAL	Cigna Healthcare, Attn: Part C Appeals, P.O. Box 188081, Chattanooga, TN 37422

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Apelaciones respecto de Medicamentos con Receta de la Parte D: Información de Contacto
TELÉFONO	1-800-668-3813 Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al Cliente atiende del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al Cliente atiende del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
CORREO POSTAL	Cigna Healthcare, Attn: Medicare Clinical Appeals, P.O. Box 66588, St. Louis, MO 63166-6588
SITIO WEB	www.cignamedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una queja respecto de su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red, que incluye una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas respecto de pagos ni de la cobertura. Para obtener más información sobre la presentación de una queja respecto de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas respecto de la Atención Médica: Información de Contacto
TELÉFONO	1-800-668-3813 Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al Cliente atiende del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al Cliente atiende del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
CORREO POSTAL	Cigna Healthcare, Attn: Medicare Grievance Dept., P.O. Box 188080, Chattanooga, TN 37422
MEDICARE SITIO WEB	Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Método	Quejas respecto de medicamentos con receta de la Parte D: Información de Contacto
TELÉFONO	1-800-668-3813 Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al Cliente atiende del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al Cliente atiende del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
CORREO POSTAL	Cigna Healthcare, Attn: Medicare Grievance Dept., P.O. Box 188080, Chattanooga, TN 37422
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Adónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que haya recibido

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

Tenga en cuenta lo siguiente: Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos 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	
CORREO POSTAL	Parte C (Servicios Médicos) Cigna Healthcare Attn: Direct Member Reimbursement, Medical Claims P.O. Box 20002 Nashville, TN 37202	Parte D (Medicamentos con Receta) Cigna Healthcare Attn: Medicare Part D P.O. Box 14718 Lexington, KY 40512-4718
SITIO WEB	www.cignamedicare.com	

SECCIÓN 2 Medicare

(cómo obtener ayuda e información directamente del Programa Federal Medicare)

Medicare es el Programa Federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con 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 llamados CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones Medicare Advantage, como nosotros.

Método	Medicare: Información de Contacto
TELÉFONO	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana.

Método	Medicare: Información de Contacto
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.Medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre sus opciones de inscripción y elegibilidad de Medicare con las siguientes herramientas: ☐ Herramienta de Elegibilidad de Medicare: Brinda información sobre la condición de elegibilidad con respecto a Medicare. ☐ Localizador de Planes de Medicare: Brinda información personalizada sobre planes de medicamentos con receta de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (Seguro Complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de cuáles podrían ser sus costos de desembolso en diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio web para comunicarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre nuestro plan: ☐ Informe a Medicare sobre su queja: Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad de su programa. En caso de que no tenga computadora, visite la biblioteca local o algún centro para personas mayores desde donde pueda hacer uso de una computadora y visitar este sitio web. También puede llamar a Medicare y decir cuál es la información que está buscando. Buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico

(ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se llama Servicios para las Necesidades de Seguros de Salud de las Personas Mayores (SHINE).

Servicios para las Necesidades de Seguros de Salud de las Personas Mayores (SHINE) es un programa estatal independiente (no tiene ninguna conexión con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas que tienen Medicare.

Los asesores de Servicios para las Necesidades de Seguros de Salud de las Personas Mayores (SHINE) pueden ayudarle a comprender sus derechos en virtud de Medicare, a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de Servicios para las Necesidades de Seguros de Salud de las Personas Mayores (SHINE) también pueden ayudarle si tiene preguntas o problemas relacionados con Medicare, y a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (haga clic en SHIP LOCATOR [localizador del SHIP], en el centro de la página)

- Seleccione su **ESTADO** en la lista. Esto le llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Servicios para las Necesidades de Seguros de Salud de las Personas Mayores (SHINE) (SHIP de Florida): Información de Contacto
TELÉFONO	1-800-963-5337
TTY	1-800-955-8770 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.
CORREO POSTAL	SHINE, Department of Elder Affairs, 4040 Esplanade Way, Suite 270, Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO WEB	www.floridashine.org

SECCIÓN 4 Organización de Mejora de la Calidad

Cada estado tiene una Organización de Mejora de la Calidad designada para brindar servicios a los beneficiarios de Medicare de cada estado. En Florida, la Organización de Mejora de la Calidad se llama KEPRO.

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud pagados por Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está vinculada con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de las siguientes situaciones:

- ☐ Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- ☐ Si cree que su cobertura para una hospitalización terminará demasiado pronto.
- ☐ Si cree que su cobertura para cuidados de la salud en el hogar, cuidados en un centro de cuidados especiales o servicios de un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF) terminará demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización de Mejora de la Calidad de Florida): Información de Contacto
TELÉFONO	1-888-317-0751 El horario de atención es de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m.
TTY	1-855-843-4776 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.
CORREO POSTAL	KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos y residentes permanentes legales de los Estados Unidos de 65 años en adelante, los que tienen una discapacidad o los que tienen Enfermedad Renal Terminal y cumplen con determinadas condiciones reúnen los requisitos para 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 inscripción en Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también tiene la responsabilidad de determinar quién tiene que pagar una cantidad adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D por tener mayores ingresos. Si usted recibió una carta del Seguro Social que le indica que debe pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos se redujeron debido a un evento que ocasionó un cambio en su vida, puede llamar al Seguro Social y solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se lo comunique al Seguro Social.

Método	Seguro Social: Información de Contacto
TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y resolver algunas cuestiones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Como se explica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, para ser miembro de nuestro plan, debe estar inscrito en la Parte A de Medicare, en la Parte B de Medicare y en Medicaid.

Medicaid es un programa gubernamental Federal y estatal conjunto que ayuda a determinadas personas con recursos e ingresos limitados a pagar sus costos médicos.

Además, hay programas que se ofrecen a través de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid) que ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a las personas con recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- ☐ **Beneficiario de Medicare Calificado (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también reúnen los requisitos para obtener beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- ☐ **Beneficiario de Medicare Especificado con Ingresos Bajos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también reúnen los requisitos para obtener beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- ☐ **Persona Calificada (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- ☐ **Personas con Discapacidades que están Trabajando Calificadas (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que le proporciona Medicaid, contáctese con la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid).

Método	Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (programa de Medicaid de Florida): Información de Contacto de Medicaid del Estado
TELÉFONO	1-877-711-3662 El horario de atención es de lunes a jueves, de 8 a. m. a 8 p. m.; viernes, de 8 a. m. a 7 p. m.
TTY	1-866-467-4970 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.
CORREO POSTAL	Agency For Health Care Administration, P.O. Box 5197, MS 62, Tallahassee, FL 32314
SITIO WEB	http://www.flmedicaidmanagedcare.com/

El Departamento de Asuntos para las Personas Mayores ayuda a las personas inscritas en la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid) que tienen problemas con los servicios o con la facturación. Pueden ayudarle a iniciar un procedimiento de queja formal o una apelación ante nuestro plan.

Método	Departamento de Asuntos para las Personas Mayores: Información de Contacto
TELÉFONO	1-850-414-2000 o 1-800-963-5337 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	1-850-414-2001 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.
CORREO POSTAL	Florida Department of Elder Affairs, 4040 Esplanade Way, Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO WEB	http://elderaffairs.state.fl.us/index.php Departamento de Asuntos para las Personas Mayores

El Programa Ombudsman de Cuidados a Largo Plazo de Florida ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de ancianos y a resolver los problemas que pueda haber entre los hogares de ancianos y los residentes o sus familias.

Método	Programa Ombudsman de Cuidados a Largo Plazo de Florida: Información de Contacto
TELÉFONO	1-850-414-2323 o 1-888-831-0404 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
CORREO POSTAL	Long Term Care Ombudsman of Florida, 4040 Esplanade Way, Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO WEB	https://ombudsman.elderaffairs.org

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta

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

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

La mayoría de nuestros miembros califica y obtiene “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos con receta.

Medicare proporciona “Ayuda Adicional” para pagar los costos de medicamentos con receta a personas que tienen recursos e ingresos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su vivienda ni su automóvil. Las personas que reúnen los requisitos obtienen ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta “Ayuda Adicional” también se computa para sus costos de desembolso.

Algunas personas reúnen los requisitos automáticamente para recibir “Ayuda Adicional” y no es necesario que la soliciten.

Medicare envía una carta a quienes reúnen los requisitos automáticamente para recibir “Ayuda Adicional”.

Si tiene alguna pregunta acerca de la “Ayuda Adicional”, llame a:

- ☐ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- ☐ La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- ☐ La Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid). (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si cree que ha reunido los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” y que está pagando una cantidad incorrecta de costo compartido cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para que usted solicite asistencia a fin de obtener evidencia sobre su nivel de copago apropiado o, si ya tiene esa evidencia, presentarla.

- ☐ Comuníquese con Servicio al Cliente para solicitar asistencia o para proporcionar uno de los documentos enumerados a continuación para establecer su nivel de copago correcto. Tenga en cuenta que los documentos mencionados a continuación deben demostrar que usted reunió los requisitos para Medicaid durante un mes después de junio del año anterior:
 1. Una copia de su tarjeta de Medicaid, que incluye su nombre, fecha de elegibilidad y nivel de acuerdo con su condición;
 2. Un informe de contacto que incluye la fecha en que se efectuó una llamada de verificación a la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid) y el nombre, cargo y número de teléfono del integrante del personal del estado que verificó la condición con respecto a Medicaid;
 3. Una copia de un documento estatal que confirme su condición activa en Medicaid;
 4. Una copia impresa del archivo de inscripción electrónica del estado que demuestre su condición con respecto a Medicaid;
 5. Una impresión de la pantalla de los sistemas de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid) que demuestre su condición con respecto a Medicaid;
 6. Otra documentación proporcionada por el Estado que demuestre su condición con respecto a Medicaid;
 7. Una Notificación de Adjudicación del Seguro de Ingreso Complementario (SSI) con una fecha de entrada en vigor; o
 8. Una carta de Información Importante de la Administración del Seguro Social (SSA) que confirme que usted "...cumple los requisitos automáticamente para recibir Ayuda Adicional..."
- ☐ Si usted es un miembro que está internado en una institución, proporcione uno o más de los siguientes documentos:
 1. Una remesa de un centro de cuidados a largo plazo que demuestre el pago de Medicaid para un mes calendario completo;
 2. Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid a un centro de cuidados a largo plazo en su nombre para un mes calendario completo;
 3. Una impresión de la pantalla de los sistemas de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid) que demuestre su condición de paciente institucionalizado sobre la base de una estadía mínima de un mes calendario completo a los fines del pago de Medicaid;
 4. Las Personas que reciben servicios en el hogar y comunitarios (HCBS) podrán presentar una copia de lo siguiente:
 - a) Una Notificación de Acción, Notificación de Determinación o Notificación de Inscripción emitida por el Estado que incluya el nombre del beneficiario y una fecha de elegibilidad para HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
 - b) Un Plan de Servicios de HCBS aprobado por el Estado que incluya el nombre del beneficiario y una fecha de entrada en vigor durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
 - c) Una carta de aprobación de la autorización previa emitida por el Estado para HCBS que incluya el nombre del beneficiario y una fecha de entrada en vigor durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
 - d) Otra documentación proporcionada por el Estado que demuestre su condición de elegibilidad para HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior; o
 - e) Un documento emitido por el Estado, como un aviso de remisión, que confirme el pago por HCBS, que incluya el nombre del beneficiario y las fechas de HCBS.
- ☐ Cuando recibamos la evidencia que indique su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que, cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia, se aplique el copago correcto. Si usted paga un copago superior, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por la cantidad que pagó de más o compensaremos copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y lo contabiliza como dinero que usted adeuda, es posible que hagamos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, es posible que hagamos el pago directamente al estado. Comuníquese con Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA?**¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA?**

El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que reúnen los requisitos y que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que pueden salvarles la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP reúnen los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Florida.

Nota: Para reunir los requisitos para el ADAP que funciona en su Estado, las personas deben cumplir con determinados criterios, como presentar una constancia de residencia en el Estado y de que tienen VIH, tener bajos ingresos según lo definido por el Estado y demostrar que no tienen seguro o que tienen un seguro insuficiente.

Nota: Para reunir los requisitos para el ADAP que funciona en su Estado, las personas deben cumplir con determinados criterios, como presentar una constancia de residencia en el Estado y de que tienen VIH, tener bajos ingresos según lo definido por el Estado y demostrar que no tienen seguro o que tienen un seguro insuficiente.

Si cambia de plan, notifique al empleado a cargo de la inscripción en el ADAP local para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP) de su estado al número de teléfono indicado a continuación.

Método	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Florida: Información de Contacto
TELÉFONO	1-850-245-4422 o 1-800-352-2437 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	1-888-503-7118 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.
CORREO POSTAL	Florida AIDS Drug Assistance Program, Florida Department of Health, Section of HIV/AIDS and Hepatitis, AIDS Drug Assistance Program, 4052 Bald Cypress Way, BIN A09, Tallahassee, FL 32399
SITIO WEB	http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria

La Junta de Jubilación Ferroviaria es una Agencia Federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familiares. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación Ferroviaria, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, comuníquese con la agencia.

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

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

Si usted (o su cónyuge o conviviente) recibe beneficios de un seguro colectivo de jubilados o de su empleador (o el de su cónyuge o conviviente) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o del sindicato, o a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede hacer preguntas sobre el período de inscripción, las primas o los beneficios de salud que ofrece el seguro de jubilados o de su empleador (o el de su cónyuge o conviviente). (Los números de teléfono de Servicio al cliente están impresos en la contratapa de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud de este plan. Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través de un seguro colectivo de jubilados o de su empleador (o el de su cónyuge o conviviente), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese seguro colectivo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos con receta actual con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

*Usar el plan para sus servicios médicos y
otros servicios cubiertos*

SECCIÓN 1 Cosas que necesita saber al obtener su atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted necesita saber al usar el plan para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que usted deberá seguir para obtener los tratamientos médicos, los servicios, los equipos, los medicamentos con receta y otra atención médica que el plan cubre.

Para conocer los detalles acerca de la atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan y cuánto debe pagar usted al recibir esta atención, use el cuadro de beneficios que aparece en el siguiente capítulo, el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

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

- ☐ Los **proveedores** son médicos y otros profesionales del cuidado de la salud con licencia del estado para brindar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de cuidado de la salud.
- ☐ Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad de su costo compartido como pago total. Hemos acordado que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Al atenderse con un proveedor de la red, no pagará nada o pagará solo su parte del costo por sus servicios cubiertos.
- ☐ Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de cuidado de la salud, los suministros, los equipos y los Medicamentos con Receta que nuestro plan cubre. Sus servicios cubiertos para la atención médica se detallan en el cuadro de beneficios del Capítulo 4. En el Capítulo 5, se analizan sus servicios cubiertos para medicamentos con receta.

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos por el plan

Como plan de salud de Medicare, nuestro plan debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y es posible que ofrezca otros servicios además de los cubiertos por Original Medicare (consulte el cuadro de beneficios del Capítulo 4 para conocer los detalles).

Nuestro plan generalmente cubrirá su atención médica, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- ☐ **La atención que usted recibe está incluida en el Cuadro de Beneficios del plan** (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- ☐ **La atención que usted recibe se considera médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- ☐ **Usted tiene un proveedor de cuidado primario (un PCP) que está brindando y supervisando su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - ☐ En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle la aprobación por anticipado antes de que usted pueda usar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de cuidados especiales o agencias de cuidado de la salud en el hogar. A esto se lo llama dar una referencia. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - ☐ En el caso de atención de emergencia o servicios de urgencia, no es necesario que cuente con una referencia de su PCP. También hay otros tipos de servicios de cuidado de la salud que usted puede recibir sin contar con la aprobación por anticipado de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- ☐ **Debe recibir la 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 es parte de la red de nuestro plan). Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor el total de los servicios proporcionados. *A continuación, se establecen tres excepciones:*

- El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que usted reciba de proveedores fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber qué significa atención de emergencia o servicios de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que le brinden esta atención, puede recibir esta atención a través de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que usted normalmente paga dentro de la red. Debe obtener autorización del plan antes de recibir atención. En esta situación, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, lea la Sección 2.4 de este capítulo.
- El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no se encuentre disponible o no se puede tener acceso a este en forma temporal. El costo compartido que usted paga al plan por la diálisis no puede superar el costo compartido en Original Medicare. Si está fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que esté 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 diálisis de la red no está disponible en forma temporal y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, es posible que el costo compartido de la diálisis sea más alto.

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

Sección 2.1 Debe elegir un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) para que le brinde atención médica y la supervise

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

Cuando usted se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su Médico de Cuidado Primario (PCP). Su PCP es un Médico cuya especialidad es la Medicina Familiar, la Medicina Interna, la Medicina General, la Geriátrica o la Pediatría, que cumple con los requisitos estatales y que está capacitado para brindarle atención médica básica. Como se explica más adelante, usted obtendrá sus servicios de cuidado de la salud básicos o rutinarios por medio de su PCP. Su PCP también “coordinará” el resto de los servicios cubiertos que usted reciba como miembro de nuestro plan. Por ejemplo, para consultar a un especialista, necesitará obtener primero la aprobación de su PCP (esto se llama obtener una “referencia” a un especialista). Su PCP le brindará la mayor parte de sus servicios de cuidado de la salud y le ayudará a acordar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan. Esto incluye sus radiografías, análisis de laboratorio, terapias, el cuidado de médicos especialistas, admisiones hospitalarias y el cuidado de seguimiento. La “coordinación” de sus servicios incluye revisar o consultar con otros proveedores del plan los asuntos relacionados con sus servicios de cuidado de la salud y su funcionamiento. Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener aprobación por anticipado de su PCP (por ejemplo, brindándole una referencia para consultar a un especialista). En algunos casos, su PCP deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa). Debido a que su PCP le proporcionará y coordinará toda su atención médica, es necesario que envíe todos su historial médico previo al consultorio de su PCP. En el Capítulo 8, se le informa cómo protegeremos la privacidad de su historial médico y de su información personal de salud.

¿Cómo elige su Médico de Cuidado Primario?

Usted elige un Médico de Cuidado Primario de su *Directorio de Proveedores y Farmacias* y llama a Servicio al Cliente para informar su elección. El directorio se actualiza continuamente; por lo tanto, comuníquese con Servicio al Cliente para asegurarse de que el proveedor acepte pacientes nuevos. Llame a Servicio al Cliente para que le ayuden a encontrar un médico que se ajuste a sus necesidades. Servicio al Cliente también puede ayudarle a verificar si un proveedor pertenece a nuestra red de médicos. Si desea usar un especialista o un hospital en particular, consulte primero para asegurarse que su PCP hace referencias a ese especialista o usa ese hospital. El nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP están impresos en su tarjeta de membresía.

Cambio de Médico de Cuidado Primario

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y que usted deba buscar un nuevo PCP. Tenga en cuenta que, cuando cambia de PCP, usted estará

Capítulo 3. Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

limitado a los especialistas y hospitales a los que le referirá el nuevo PCP. Consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener más detalles.

El cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Para cambiar de PCP, llame a Servicio al Cliente. Servicio al Cliente le confirmará si el PCP al que usted desea cambiarse acepta pacientes nuevos. Cambiaremos su registro de membresía para que incluya al nuevo PCP y le confirmaremos cuándo entrará en vigor el cambio a su nuevo PCP. Recibirá una tarjeta de membresía nueva con el nombre y el número de teléfono de su PCP nuevo.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin una referencia de su PCP?

Puede obtener servicios como los que se enumeran a continuación sin obtener aprobación por anticipado de su PCP.

- ☐ Cuidados de la salud de rutina para mujeres, que incluyen exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba a través de un proveedor de la red.
- ☐ Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre que se las aplique un proveedor de la red.
- ☐ Servicios de emergencia de proveedores de la red o de 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 o no se puede tener acceso a ellos en forma temporal o cuando el inscrito está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser necesarios de inmediato y médicamente necesarios.
- ☐ Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicio al Cliente antes de dejar el área de servicio para que podamos ayudar a coordinar que reciba diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área.

Sección 2.3 Cómo obtener servicios de cuidado de la salud de especialistas y de otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona servicios de cuidado de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, se brindan algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los traumatólogos atienden a pacientes con determinadas afecciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Cuando su PCP considere que usted necesita tratamiento especializado, le dará una referencia (aprobación por anticipado) para ver a un especialista del plan u otros proveedores determinados. Es posible que, para algunos tipos de referencias, su PCP necesite obtener la aprobación anticipada del plan (esto se llama obtener “autorización previa”). Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa o referencias. Es muy importante obtener una referencia (aprobación por anticipado) de su PCP antes de ver a un especialista del plan u otro proveedor (se aplican algunas excepciones, como los cuidados de la salud de rutina para mujeres, que ya explicamos anteriormente en esta sección). **Si no tiene una referencia (aprobación por anticipado) antes de recibir servicios de un especialista, es posible que usted tenga que pagar por estos servicios.**

Si el especialista le indica que regrese para seguir atendiéndole, consulte primero para asegurarse de que la referencia (aprobación por anticipado) que le dio su PCP para la primera visita cubra más visitas al especialista.

Al elegir un PCP, también está eligiendo toda una red (un grupo específico de proveedores del Plan) de especialistas y hospitales a los cuales su PCP le referirá. Si desea usar especialistas u hospitales específicos, debe averiguar si su PCP envía a sus pacientes a esos proveedores. Llame a Servicio al Cliente para obtener detalles acerca de los especialistas y hospitales que usted puede usar.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan?

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

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare exige que le garanticemos un acceso ininterrumpido a

médicos y especialistas calificados.

- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de cuidado primario o de salud del comportamiento deja nuestro plan, le notificaremos si usted ha visto a ese proveedor dentro de los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si a usted se le asigna el proveedor, si actualmente se atiende con él o si lo ha visitado dentro de los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que usted pueda acudir para seguir recibiendo atención.
- Si actualmente usted se está realizando un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento o la terapia médicamente necesarios que se esté realizando. Nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que podría tener para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con un costo compartido de la red cuando un proveedor o un beneficio dentro de la red no estén disponibles o sean inadecuados para satisfacer sus necesidades médicas. Es posible que se necesite autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista se irá de su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para manejar sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si cree que no le hemos ofrecido un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no se está manejando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja formal sobre la calidad de la atención ante el plan o ambas cosas. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo atenderse con proveedores fuera de la red

Para los servicios cubiertos por Medicare, si necesita servicios especializados que no están disponibles a través de un proveedor de nuestra red, comuníquese con su Médico de Cuidado Primario (PCP) para la autorización y coordinación de cuidados. Los miembros tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o servicios de urgencia fuera del área. Los servicios de diálisis están cubiertos para miembros con enfermedad renal terminal (ESRD) que hayan viajado fuera del área de servicio del plan y no puedan acceder a proveedores contratados especializados en ESRD.

SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cuando tiene una emergencia, necesita cuidados de urgencia o durante una catástrofe

Sección 3.1 Cómo obtener servicios de cuidado de la salud si tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer en ese caso?

Existe una **emergencia médica** cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si usted está embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deficiencia grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Pida ayuda lo más rápido que pueda.** Llame al 911 para recibir ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Llame una ambulancia si la necesita. No es necesario que obtenga primero la aprobación o una referencia de su PCP. No es necesario que acuda a un médico de la red. Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite en cualquier lugar de los Estados Unidos o de sus territorios, y de cualquier proveedor con licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red. Su plan cubre las emergencias fuera del país.
- **Asegúrese de que se informe su emergencia a nuestro plan lo antes posible.** Debemos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, habitualmente, dentro de las 48 horas. Llame a Servicio al Cliente al número gratuito que aparece en la parte de atrás de su

tarjeta de membresía. Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Además, debe llamar a su PCP. El número de teléfono de su PCP aparece en la parte de adelante de su tarjeta de membresía.

¿Qué cubre el plan si usted tiene una emergencia médica?

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

Tenga en cuenta que Medicare no cubre atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios; sin embargo, nuestro plan *sí* cubre emergencias fuera del país.

Los médicos que le estén brindando atención de emergencia determinarán cuándo su afección está estable y ha finalizado la emergencia médica.

Una vez finalizada la emergencia, usted tiene derecho a recibir cuidados de seguimiento para asegurarse de que su afección se mantenga estable. Los médicos seguirán brindándole atención hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba cuidados adicionales. Nuestro plan cubrirá sus cuidados de seguimiento. Si la atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucedería si no fuera una emergencia médica?

A veces, puede ser difícil saber si se trata de una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría solicitar atención de emergencia porque piensa que su salud está en grave peligro y tal vez el médico le diga que, en realidad, no se trataba de una emergencia médica. Si finalmente no se trataba de una emergencia, siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en peligro, cubriremos los cuidados que reciba.

Sin embargo, una vez que el médico haya dicho que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos los cuidados adicionales *únicamente* si los recibe en una de las siguientes dos formas:

- Usted consulta a un proveedor de la red para obtener esos cuidados adicionales;
- —o *bien*— Los cuidados adicionales que recibe se consideran servicios de urgencia, y usted sigue las reglas para recibir el servicio de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener servicios de cuidado de la salud cuando necesita servicios de urgencia

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia que requiere atención médica inmediata, pero, en función de sus 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) dolor de garganta intenso que se produce durante el fin de semana o ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

Para obtener una lista de los centros de cuidado de urgencia de nuestra red, consulte nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*. Puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información sobre cómo acceder a centros de cuidado de urgencia.

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y de urgencia fuera de los Estados Unidos y en el extranjero en las siguientes circunstancias descritas en los beneficios de Servicios de Emergencia y de Urgencia detallados en el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Sección 3.3 Cómo obtener servicios de cuidado de la salud durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o de emergencia en su área geográfica, de todos modos tendrá derecho a recibir servicios de cuidado de la salud de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.cigna.com/medicare/disaster-policy para obtener información sobre cómo obtener los servicios de cuidado de la salud necesarios durante una catástrofe.

Si no puede usar un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá atenderse con proveedores fuera de la red por el costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe, es posible que pueda despachar sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

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

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

Si pagó una cantidad superior al costo compartido de su plan por servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo pedimos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

Antes de pagar el costo del servicio, debe verificar si el servicio está cubierto por la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid).

Nuestro plan cubre todos los servicios médicamente necesarios según lo detallado en el Cuadro de Beneficios Médicos que se encuentra en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no estaban autorizados, usted debe pagar el costo total de los servicios.

En el caso de servicios cubiertos que tengan un límite de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Por ejemplo, es posible que deba pagar el costo total de los cuidados recibidos en un centro de cuidados especiales después de que el pago de nuestro plan alcance el límite de beneficios. Una vez que haya agotado su límite de beneficios, los pagos adicionales que haga por el servicio no se computan para su desembolso máximo anual.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos si es parte de un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una vía que médicos y científicos utilizan para probar nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo para determinar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Medicare aprueba determinados estudios de investigación clínica. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, por lo general, solicitan voluntarios que participen en el estudio.

Una vez que Medicare lo apruebe, y usted demuestre interés en participar, una persona que trabaje en el estudio se pondrá en contacto con usted para brindarle más detalles y verificar si reúne los requisitos establecidos por los científicos a cargo del estudio. Puede participar en el estudio siempre que reúna sus requisitos y comprenda y acepte plenamente lo que implica su participación.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, solo debe pagar el costo compartido dentro de la red por los servicios incluidos en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó la cantidad 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 que demuestre cuánto pagó. Si es parte de un estudio de investigación clínica, puede mantenerse inscrito en nuestro plan y continuar obteniendo el resto de los cuidados (los cuidados que no estén relacionados con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos informe u obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. No es necesario que los proveedores que le atiendan como parte del estudio de investigación clínica sean parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios de los cuales nuestro plan es responsable que incluyen, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en virtud de determinaciones de cobertura nacional (NCD) y pruebas de dispositivos de investigación (IDE) y pueden estar sujetos a una autorización previa y otras reglas del plan.

Capítulo 3. Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Si bien no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Original Medicare para los inscritos en Medicare Advantage, le sugerimos notificarnos por anticipado cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

Sección 5.2 Si está participando en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?

Si participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, tales como:

- Habitación y comida para una estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si usted no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación clínica.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones del nuevo servicio de cuidado de la salud.

Una vez 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 la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que la que pagaría si recibiera estos servicios a través de nuestro plan. Sin embargo, debe enviar documentación que demuestre cuánto pagó de costo compartido. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

A continuación, proporcionamos un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Supongamos que le hacen un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación clínica. Supongamos también que su parte de los costos de este análisis es de \$20 en virtud de Original Medicare, pero el análisis costaría \$10 en virtud de los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Original Medicare. Luego debería notificar a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviar la documentación, como una factura del proveedor, al plan. El plan luego le pagaría \$10 directamente. Por lo tanto, su pago neto es de \$10 lo mismo que pagaría en virtud de los beneficios de nuestro plan.

Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe enviarle documentación, como una factura del proveedor.

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

- Generalmente, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando, con la excepción de aquellos artículos o servicios que Medicare hubiera cubierto incluso si usted *no* estuviera en un estudio.
- Artículos o servicios que se proporcionan únicamente para recopilar datos y que no se utilizan directamente en el cuidado de su salud. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas mensuales que se hagan como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare y Pruebas Clínicas*. (La publicación está disponible en <https://medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4224), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para recibir servicios de cuidado de la salud cubiertos en una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos**Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos?**

Las instituciones religiosas de cuidados de la salud no médicos son centros que brindan servicios de cuidado de la salud para afecciones que, comúnmente, se tratarían en un hospital o un centro de cuidados especiales. Si atenderse en un hospital o un centro de cuidados especiales va en contra de las creencias religiosas del miembro, en lugar de eso, brindaremos cobertura para atenderse en una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos. Este beneficio se brinda únicamente para servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de cuidado de la salud no médicos).

Sección 6.2 Cómo recibir servicios de cuidado de la salud en una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos

Para atenderse en una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos, debe firmar un documento legal que afirme que usted se opone conscientemente a recibir tratamiento médico que es **no obligatorio**.

- La atención médica o los tratamientos **no obligatorios** son cualquier atención médica o tratamiento que son *voluntarios* y *no se requieren* en virtud de una ley federal, estatal ni local.
- Los tratamientos médicos **obligatorios** son tratamientos o atención médica que usted recibe que *no* son voluntarios o que *se requieren* en virtud de una ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan brinde cobertura, los servicios de cuidado de la salud que reciba de una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos deben cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda los servicios de cuidado de la salud debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de servicios que usted reciba se limita a los aspectos *no religiosos* del cuidado.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o en un centro de cuidados especiales;
 - –y– debe recibir aprobación por anticipado de nuestro plan antes de que se le admita en el centro, o su estadía no se cubrirá.

Se aplican los límites de la cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados de Medicare (consulte el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 ¿Será usted dueño del equipo médico duradero después de hacer una determinada cantidad de pagos en virtud del plan?

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen equipos de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadores, sistemas con colchón eléctrico, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos de generación de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre es dueño de determinados artículos, como las prótesis. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que se deben rentar.

En Original Medicare, las personas que rentan determinados tipos de DME son dueñas del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de nuestro plan, generalmente, usted no adquirirá la propiedad de los DME rentados, independientemente de cuántos copagos haya realizado por el equipo mientras era miembro de nuestro plan, incluso si hizo hasta 12 pagos consecutivos por el DME en virtud de Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del DME. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos que usted realizó por equipos médicos duraderos si cambia a Original Medicare?

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer otros 13 pagos consecutivos después de cambiar a Original Medicare para adquirir el DME. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en el plan no se computan.

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

Ejemplo 2: Usted hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estaba inscrito en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad del artículo durante su membresía. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer otros 13 pagos consecutivos para ser dueño del artículo una vez que se inscribe nuevamente en Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no se computan.

Sección 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si usted reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, nuestro plan cubrirá lo siguiente:

Capítulo 3. Usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- ☐ Alquiler de equipos de oxígeno
- ☐ Administración de oxígeno y contenidos de oxígeno
- ☐ Tubos y accesorios relacionados con la administración de oxígeno y contenidos de oxígeno
- ☐ Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si abandona nuestro plan o los equipos de oxígeno dejan de ser médicamente necesarios, se deberán devolver los equipos.

¿Qué sucede si abandona 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 renta el equipo. Los 24 meses restantes el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue pagando el copago por el oxígeno). Después de cinco años puede elegir seguir recibiendo los servicios de la misma compañía o elegir otra. En este momento, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar, incluso si permanece con la misma compañía, por lo que debe pagar los copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:

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

SECCIÓN 1 Explicación de sus costos de desembolso por servicios cubiertos

Este capítulo incluye un Cuadro de Beneficios Médicos que enumera los servicios cubiertos y muestra cuánto pagará usted por cada servicio cubierto como miembro de nuestro plan. Más adelante en este capítulo, podrá encontrar información sobre servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites sobre determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos de desembolso que usted podría pagar por sus servicios cubiertos

Para entender la información de pagos que incluimos en este capítulo, deberá conocer los tipos de costos de desembolso que podría pagar por sus servicios cubiertos.

- ☐ El **copago** es la cantidad fija que usted paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Usted paga un copago cuando recibe el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos de la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- ☐ El **coseguro** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted paga un coseguro cuando recibe el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos de la Sección 2 le brinda más información sobre su coseguro).

Si recibe asistencia con los costos compartidos de Medicaid a través de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid), no pagará nada por sus servicios cubiertos, siempre que siga las reglas del plan para obtener sus cuidados. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas del plan para obtener sus cuidados).

Sección 1.2 ¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Nota: Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan alguna vez este desembolso máximo. Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no debe pagar ningún costo de desembolso hasta alcanzar la cantidad máxima de desembolso por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Dado que está inscrito en un Plan Medicare Advantage, hay un límite respecto de la cantidad que debe pagar cada año por servicios médicos que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se llama cantidad máxima de desembolso (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2024, esta cantidad es de \$1,500.

Las cantidades que usted paga por copagos y coseguros por los servicios cubiertos de la red se computan para esta cantidad máxima de desembolso. Las cantidades que usted pague por las primas de su plan y sus medicamentos con receta de la Parte D no se computan para su cantidad máxima de desembolso. Además, las cantidades que usted pague por algunos servicios no se computan para su cantidad máxima de desembolso. Estos servicios se indican en el Cuadro de Beneficios Médicos, en cursiva. Si alcanza la cantidad máxima de desembolso de \$1,500, no deberá pagar ningún otro costo de desembolso durante el resto del año por 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 Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen el saldo

Como miembro de nuestro plan, una protección importante para usted es que solamente tiene que pagar su cantidad del costo compartido cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no deben sumar otros cargos separados, lo que se llama **facturación de saldo**. Esta protección se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio e incluso si hay una disputa, y no pagamos determinados cargos del proveedor.

Esta protección funciona del siguiente modo:

- ☐ Si el costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00), usted paga únicamente esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- ☐ Si el costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, el costo depende del tipo de proveedor al que consulte:

- Si recibe los servicios cubiertos a través de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determina en el contrato celebrado entre el proveedor y el plan).
- Si recibe los servicios cubiertos a través de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red únicamente en determinadas situaciones, como cuando usted obtiene una referencia o en el caso de una emergencia o servicios de urgencia).
- Si recibe los servicios cubiertos a través de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red únicamente en determinadas situaciones, como cuando usted obtiene una referencia. O para emergencias fuera del área de servicio o los servicios de urgencia).
- Si considera que un proveedor le facturó el saldo, llame a Servicio al Cliente.

No permitimos que los proveedores le facturen servicios cubiertos. Nosotros les pagamos directamente a nuestros proveedores y le protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso cuando le pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por el servicio. Si recibe una factura de un proveedor, llame a Servicio al Cliente.

SECCIÓN 2 Use el Cuadro de Beneficios Médicos para averiguar qué cobertura brinda el plan y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

El Cuadro de Beneficios Médicos incluido en las siguientes páginas enumera los servicios que nuestro plan cubre y lo que usted paga como costo de desembolso por cada servicio. La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos se cubren únicamente si se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare se deben proporcionar de acuerdo con las pautas de cobertura que establece Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Debe atenderse con un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, los servicios de cuidado de la salud que reciba de un proveedor fuera de la red no se cubrirán, a menos que sean de emergencia o de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una referencia. Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor el total de los servicios proporcionados.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (un PCP) que le brinda y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe dar su aprobación por anticipado antes de que pueda consultar a otros proveedores de la red del plan. A esto se lo llama dar una referencia. El Capítulo 3 brinda más información sobre cómo obtener una referencia y las situaciones en las que no se necesitan referencias.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos se cubren *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por anticipado (a veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado se marcan en **negrita** en el Cuadro de Beneficios Médicos.

Otros aspectos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Su cobertura está a cargo de Medicare y de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid). Medicare cubre cuidado de la salud y medicamentos con receta. Medicaid cubre su costo compartido de servicios de Medicare, incluidos muchos de los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como cualquier servicio único de Medicaid indicado en la sección del Resumen de Beneficios Cubiertos por Medicaid en el Resumen de Beneficios de su plan. Para obtener una copia del Resumen de Beneficios, comuníquese con Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contratapa de este folleto o visite www.cignamedicare.com.
- Al igual que en todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más

información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual *Medicare y Usted 2024*. También puede verlo en línea en www.medicare.gov o pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- En el caso de todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en virtud de Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también le tratan o le controlan por una afección médica existente durante la visita en la que reciba el servicio preventivo, se aplicará un copago por el cuidado que reciba por la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura de cualquier servicio nuevo durante 2024, Medicare o nuestro plan lo cubrirán.
- Las cantidades de costo compartido que se detallan en el Cuadro de Beneficios se basan en el requisito de recibir asistencia de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid). Estas cantidades están indicadas con un asterisco (*) dentro del cuadro. Si recibe asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no paga nada por estos servicios.
- Si se encuentra en el período de 6 meses de continuación presunta de la elegibilidad en nuestro plan, seguiremos proporcionándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el Plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, nuestro plan debe asegurarse de que los miembros considerados elegibles sean responsables solo de la prima del plan y de las cantidades de los costos compartidos que deben los miembros que no han perdido su condición de necesidades especiales. Además, la organización debe continuar con la cobertura de cualquier beneficio complementario (p. ej., cuidado de la vista, servicios dentales, etc.) durante este período. Durante este período, usted recibirá una carta que resume sus opciones y el período de tiempo específico. Además, le recomendamos que se cerciore con su programa estatal de Medicaid respectivo. Intentaremos trasladarle a un plan que no sea SNP si no podemos confirmar su elegibilidad para tener Medicaid dentro de los seis (6) meses de continuación de la elegibilidad. Las cantidades de costo compartido de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

Información Importante sobre los Beneficios para todos los Inscritos que Participan en los Servicios de Bienestar y Planificación del Cuidado de la Salud (WHP)

- Dado que su plan participa en el Modelo de Diseño del Seguro Basado en el Valor (VBID), podrá recibir servicios de WHP, que incluyen los servicios de planificación anticipada de los cuidados (ACP).

¿Qué son los servicios de ACP?

Algunas personas pierden la capacidad de tomar sus propias decisiones con respecto al cuidado de su salud debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, si lo desea, puede:

- Completar un formulario escrito para dar a alguien la autorización legal para tomar decisiones médicas en su nombre si usted no pudiera tomar decisiones por su cuenta.
- Dar a sus médicos instrucciones escritas sobre cómo desea que manejen su atención médica si usted no pudiera tomar decisiones por su cuenta.
- Puede recibir asistencia con la planificación anticipada de los cuidados llamando a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Consulte la Sección 1.5 del Capítulo 8 para obtener más detalles.

La participación en cualquier programa que incluya servicios de Bienestar y Planificación del Cuidado de la Salud o Planificación Anticipada de Cuidados es voluntaria y usted puede rechazar los servicios en cualquier momento.

Medicare aprobó a Cigna Healthcare para brindar estos beneficios como parte del programa de Diseño del Seguro Basado en el Valor. Este programa le permite a Medicare probar nuevas maneras de mejorar los planes Medicare Advantage. Usted tiene derecho a rechazar este beneficio por cualquier motivo. Si rechaza el beneficio, esto no afectará su elegibilidad para participar en el plan ni ningún otro beneficio de su plan. Si decide rechazar este beneficio, puede hacerlo llamando a Servicio al Cliente. Para obtener más información o si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente.

Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid), usted no paga nada por los servicios incluidos en el Cuadro de

Beneficios Médicos, siempre que cumpla los requisitos de cobertura que se describieron anteriormente.

Información Importante sobre los Beneficios para las Personas Inscritas que Reúnen los Requisitos para Recibir “Ayuda Adicional”:

- ☐ Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros, quizás pueda recibir otros beneficios complementarios específicos o reducciones específicas en los costos compartidos.
- ☐ Si recibe “Ayuda Adicional”, paga \$0 de costo compartido por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Le enviamos un documento por separado, conocido como Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos con Receta (también llamada Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos o Cláusula Adicional LIS), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Consulte el Capítulo 6 y la Cláusula Adicional LIS para obtener más detalles.



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en el cuadro de beneficios. **Nota: Es posible que se aplique un costo compartido adicional cuando se realicen otros servicios al mismo tiempo.**

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<i>* Si participa del programa Beneficiario de Medicare Calificado (QMB) o si recibe beneficios completos de Medicaid, no se debe pagar coseguro, copago ni deducible por este beneficio.</i>	
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. El plan únicamente cubre este examen si usted tiene determinados factores de riesgo y si recibe una referencia de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.	Los miembros que reúnen los requisitos para este examen de detección preventivo no deben pagar un coseguro, copago ni deducible.
Acupuntura para lumbalgia crónica Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, la lumbalgia crónica se define como un dolor: ☐ Que dura 12 semanas o más ☐ No específico, ya que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.) ☐ No asociado con una cirugía; y ☐ No asociado con un embarazo Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no está mejorando o está empeorando. Requisitos para proveedores: Los médicos (según lo definido en el artículo 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar servicios de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales aplicables.	Es posible que se necesite autorización previa. Se necesita referencia. Copago de \$0 por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Los asistentes médicos (PA), los enfermeros practicantes (NP)/los especialistas en enfermería clínica (CNS) (según lo definido en el artículo 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar servicios de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: ☐ una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y ☐ una licencia vigente, plena, activa e irrestricta para ejercer la acupuntura en un Estado, Territorio o Mancomunidad (p. ej., Puerto Rico) de los Estados Unidos o el District of Columbia. El personal auxiliar que proporcione servicios de acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS exigido por nuestras reglamentaciones en las Secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR).	
Servicios de telesalud adicionales: Fisioterapia y terapia para Patologías del Habla y del Lenguaje Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia virtual y terapia del habla y del lenguaje virtual	Se necesita referencia. Copago de \$0 por la Fisioterapia cubierta por Medicare Copago de \$0 por la terapia virtual de Patología del Habla y del Lenguaje cubierta por Medicare
Servicios de ambulancia ☐ Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen aviones, helicópteros y servicios de ambulancia terrestre hasta el centro apropiado más cercano que pueda atender a un miembro cuya afección médica tenga características por las cuales otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si el plan los autoriza. Si los servicios de ambulancia cubiertos no corresponden a una situación de emergencia, debe documentarse que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. Transporte en ambulancia que no es de emergencia: ☐ El transporte en ambulancia médicamente necesario y que no es de emergencia solo está cubierto para el centro más cercano que pueda brindar servicios de cuidado de la salud. ☐ Se necesita autorización previa para los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare que no sean de emergencia (como el transporte desde el hogar hasta el consultorio de su médico para visitas de rutina, transporte desde el hogar hasta un centro de diálisis certificado por Medicare para la hemodiálisis indicada o transporte a un lugar más lejos que el centro más cercano que puede brindar cuidados cuando hay traslados entre centros o niveles de atención).	Es posible que se necesite autorización previa para los servicios de ambulancia que no sean de emergencia. Copago de \$0 por cada viaje de ida en ambulancia terrestre cubierto por Medicare Coseguro del 0% o 20%* por cada viaje de ida o de vuelta en ambulancia aérea cubierto por Medicare

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
☐ Los servicios de ambulancia fuera de la red que no sean de emergencia se revisarán después de que se preste el servicio para asegurar que el servicio haya sido médicamente y razonablemente necesario. ☐ Consulte el beneficio de Transporte en este cuadro para obtener información adicional sobre servicios de transporte que no son de emergencia. Servicios de ambulancia en el extranjero: ☐ El transporte en ambulancia fuera de los Estados Unidos o sus territorios solo está cubierto al centro más cercano y adecuado que pueda brindar cuidados. ☐ Regresar a los Estados Unidos en ambulancia no es un servicio cubierto, a menos que ahí esté ubicado el centro más cercano y adecuado. ☐ Consulte la Atención de emergencia o los Servicios de urgencia en este cuadro para obtener más información sobre los servicios de Transporte en el extranjero.	
Examen físico anual El examen físico anual es un examen físico completo que incluye la recopilación de la historia clínica y también puede incluir cualquiera de los siguientes chequeos: signos vitales, observación de la apariencia general, un examen de cabeza y cuello, un examen cardíaco y pulmonar, un examen abdominal, un examen neurológico, un examen dermatológico y un examen de las extremidades. La cobertura de este beneficio se suma a la visita de bienestar anual cubierta por Medicare y la Visita Preventiva de Bienvenida a Medicare. Límite de un examen físico por año. Es posible que se apliquen costos compartidos por separado por cualquier procedimiento de diagnóstico o de laboratorio adicional indicado durante el examen físico anual. Nota: Usted será responsable de pagar las cantidades de costo compartido por cualquier servicio adicional durante este examen.	Copago de \$0 por el examen físico anual
 Visita de bienestar anual Si hace más de 12 meses que tiene la Parte B, puede obtener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de sus factores de riesgo y su situación de salud actual. Esto se cubre una vez cada 12 meses. Nota: No puede realizar su primera visita de bienestar anual dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva de Bienvenida a Medicare. Sin embargo, no es necesario que haya realizado una visita de Bienvenida a Medicare para tener cobertura para las visitas de bienestar anuales si ya ha tenido la Parte B durante 12 meses. Nota: Usted será responsable de pagar las cantidades de costo compartido por cualquier servicio adicional durante este examen.	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por la visita de bienestar anual. Es posible que se aplique un copago aparte si se hace un análisis de laboratorio de detección no preventivo o se presta otro servicio no preventivo en el mismo momento de la visita de bienestar anual.
 Medición de la densidad ósea Para las personas que reúnan los requisitos (en general, esto significa personas que están en riesgo de perder densidad ósea o de sufrir osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por la medición de la densidad ósea cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
necesario: procedimientos para identificar la densidad ósea, para detectar la pérdida ósea o para determinar la calidad ósea, que incluyen la interpretación de los resultados por parte de un médico.	
 Examen de detección de cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: ☐ Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años ☐ Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante ☐ Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Hay programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que reúnen determinadas condiciones con la orden de un médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, habitualmente, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Es posible que se necesite autorización previa. Se necesita referencia. Copago de \$0 por cada visita de tratamiento de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare Copago de \$0 por cada visita de tratamiento de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare
 Visita de reducción de riesgos de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de cuidado primario para ayudarlo a reducir el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablarle sobre el uso de aspirina (si corresponde), medirle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo bien.	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.
 Análisis de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por análisis de detección de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.
Apoyo para Cuidadores Los servicios incluyen asesoramiento y recursos personalizados para clientes y cuidadores. Es posible que los servicios o programas de cuidadores recomendados tengan costos adicionales. Si tiene preguntas y desea obtener más información, consulte su Guía de Beneficios Complementarios o llame a Servicio al Cliente.	Copago de \$0 por el beneficio de apoyo para cuidadores. Sin límite ni máximo.
 Examen de detección de cáncer de cuello uterino o vaginal Los servicios cubiertos incluyen: ☐ Para todas las mujeres: Los exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos se cubren una vez cada 24 meses	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
☐ Si usted presenta un riesgo alto de sufrir cáncer de cuello uterino o vaginal o está en edad reproductiva y ha tenido un resultado anormal en un examen de Papanicolaou en los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses	
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: ☐ Cubrimos solamente la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna se sale de su posición) si el procedimiento lo realiza un quiropráctico.	Es posible que se necesite autorización previa. Se necesita referencia. Copago de \$0 por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare.
Examen de detección del cáncer colorrectal Los siguientes exámenes de detección están cubiertos: ☐ 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 sufrir cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección anterior o enema de bario.☐ Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no presentan un alto riesgo después de haber recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la sigmoidoscopia flexible o enema de bario más recientes.☐ Examen de detección de sangre oculta en la materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.☐ Análisis de ADN en las heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.☐ Pruebas de biomarcadores basados en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.☐ Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo y para quienes han pasado 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección.☐ Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y que tienen 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. Los exámenes de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que un examen de detección en heces de cáncer colorrectal no invasiva cubierto por Medicare arroje un resultado positivo. Nota: Si se realiza una colonoscopia sin síntomas previos, se considera preventiva o de detección, y no habrá copago ni coseguro. Si su médico realiza la colonoscopia porque ha mostrado síntomas de una afección médica, se considera cirugía ambulatoria y es posible que se aplique el costo compartido (consulte el beneficio de Cirugía Ambulatoria en este cuadro para obtener más información).	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por un examen de detección del cáncer colorrectal cubierto por Medicare, sin incluir enemas de bario, por los cuales se aplica un coseguro. Si su médico encuentra y elimina un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico. Copago de \$0 por los exámenes de diagnóstico cubiertos por Medicare y cualquier procedimiento quirúrgico (p. ej., extirpación de pólipos) durante un examen de detección del cáncer colorrectal.
Servicios dentales (cubiertos por Medicare)	Es posible que se necesite autorización previa para los

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
En general, Original Medicare no cubre servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales). Sin embargo, Medicare actualmente paga por servicios dentales en una serie limitada de circunstancias, específicamente cuando este servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para cáncer que involucre la mandíbula, o exámenes bucales anteriores al trasplante de riñón. Consulte el beneficio de los Servicios de Médicos/Profesionales, que incluyen visitas al consultorio médico en este cuadro para obtener más información sobre los servicios dentales que no son de rutina cubiertos por Medicare.	servicios dentales cubiertos por Medicare. Copago de \$0* por los beneficios dentales cubiertos por Medicare
Servicios dentales (de Rutina) Este plan ofrece cobertura dental adicional no cubierta por Original Medicare. El plan ofrece una Asignación Dental para reembolsar los servicios dentales integrales y preventivos de rutina. Puede elegir un proveedor de la red de la Asignación Dental de Cigna o cualquier proveedor dental con licencia que no esté en la lista de exclusión de Medicare. Para revisar la lista de exclusión, consulte: https://exclusions.oig.hhs.gov o llame a Servicio al Cliente de la Cobertura Dental. Su proveedor dental enviará un reclamo de reembolso. El saldo no utilizado de la asignación no se transfiere a futuros años de beneficios. Los procedimientos estéticos no están cubiertos. Pueden aplicarse limitaciones, exclusiones y restricciones. Para obtener detalles sobre su asignación dental y la lista de servicios excluidos, consulte cignamedicare.com/resources para revisar la Guía de Asignación Dental de Cigna o llame a Servicio al Cliente de la Cobertura Dental al 1-866-213-7295 (TTY 711).	<i>Asignación combinada de \$3,000 para servicios dentales integrales y preventivos de rutina por año. El cliente es responsable de pagar cualquier suma que supere la cantidad de la asignación.</i>
 Detección de la depresión Cubrimos un examen para la detección de la depresión por año. El examen se debe realizar en un establecimiento de cuidado primario que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o referencias.	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por una visita anual de detección de la depresión.
 Examen de detección de la diabetes Cubrimos este examen (que incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de nivel elevado de azúcar en sangre (glucosa). Podemos también cubrir las pruebas si cumple con otros requisitos, como tener exceso de peso y tener antecedentes familiares de diabetes. En función de los resultados de estos exámenes, es posible que usted reúna los requisitos para recibir hasta dos exámenes de detección de la diabetes cada 12 meses.	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por exámenes de detección de la diabetes cubiertos por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (sean insulín dependientes o no). Los servicios cubiertos incluyen:	Es posible que se necesite autorización previa.

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
☐ Suministros para controlar su nivel de glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre. ☐ Dispositivos de lancetas, lancetas y soluciones para el control de la glucosa para controlar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. ☐ Para personas con diabetes que tienen enfermedad del pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida por año calendario (que incluye las plantillas proporcionadas con esos zapatos) y otros dos pares de plantillas, o un par de zapatos con mayor profundidad y tres pares de plantillas (lo que no incluye las plantillas removibles que no están hechas a medida proporcionadas con esos zapatos). La cobertura incluye los ajustes. ☐ La capacitación para el autocontrol de la diabetes se cubre en determinadas condiciones. Nota: Las jeringas y agujas tienen cobertura a través de nuestro beneficio de la Parte D. Consulte el Capítulo 6 de esta <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener información sobre los costos compartidos. Para obtener más información y una lista de suministros para la diabetes de marca preferida, consulte su Manual para Clientes o llame a Servicio al Cliente.	Se necesita una referencia para la capacitación para el autocontrol de la diabetes. Copago de \$0 por suministros para el monitoreo de la diabetes cubiertos por Medicare de marca preferida. Las marcas no preferidas no están cubiertas. Usted cumple con los requisitos para recibir un medidor de glucosa de marca preferida y un dispositivo de monitoreo continuo de la glucosa de marca preferida cada dos años. También cumple con los requisitos para recibir 200 tiras reactivas para medir la glucosa de marca preferida o tres sensores de marca preferida por período de 30 días, según qué modelo de medidor use. Copago de \$0 por las plantillas y los calzados terapéuticos cubiertos por Medicare Copago de \$0 por la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, a modo de ejemplo: sillas de ruedas, muletas, sistemas con colchón eléctrico, suministros para la diabetes, camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los equipos médicos duraderos (DME) médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con un fabricante o una marca en particular, puede pedirle que haga un pedido especial para usted. Es posible que se necesite autorización previa para pedidos especiales. La lista de proveedores más reciente está disponible en nuestro sitio web, www.cignamedicare.com.	Se necesita autorización previa para todos los artículos de alquiler cubiertos por Medicare, incluidos los equipos de oxígeno. Hay un número limitado de artículos de equipos médicos duraderos (DME) en los que el precio total del alquiler no puede superar el precio de compra, y una vez que esa cantidad se haya pagado, ya no pagará por ese artículo. Copago de \$0 Coseguro del por los artículos cubiertos por Medicare. Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es un copago de \$0 por mes. Después de 36 meses, ya no debería tener un coseguro por los equipos de oxígeno. El equipo reúne los requisitos

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
	para su reemplazo después del máximo de vida útil prevista de 5 años, a menos que antes de los 5 años deje de funcionar y no pueda repararse. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de 5 años vuelve a comenzar.
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a servicios que son: ☐ Prestados por un proveedor que reúne los requisitos para prestar servicios de emergencia; y ☐ Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Existe una emergencia médica cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si usted está embarazada, la pérdida de un niño por nacer), o la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red es el mismo que el correspondiente a los servicios proporcionados dentro de la red. Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para ayudar al médico a decidir si el paciente necesita ser admitido como paciente internado o ser dado de alta. Los servicios de observación pueden brindarse en el departamento de emergencias o en otra área del hospital. Para obtener información sobre los costos compartidos de los servicios de observación, consulte la sección Observación en un hospital como paciente ambulatorio de esta <i>Evidencia de Cobertura</i>. <i>La atención de emergencia tiene cobertura en el extranjero.</i> Consulte en este cuadro el beneficio de Servicios de Ambulancia para obtener más información sobre los servicios de ambulancia en el Extranjero.	Copago de \$0 por las visitas a salas de emergencias cubiertas por Medicare <i>Copago de \$135 por las visitas a salas de emergencias en el extranjero y transporte de emergencia en el extranjero</i> <i>Límite combinado de \$50,000 (USD) por año por servicios de emergencia y de cuidado de urgencia que se le proporcionen fuera de los EE. UU. y sus territorios.</i> El transporte de emergencia debe ser médicamente necesario. Si es admitido en el hospital dentro de un plazo de 24 horas por la misma afección, pagará \$0 por la visita a la sala de emergencias. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado una vez que su afección de emergencia se ha estabilizado, deberá recibir su atención como paciente internado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan, y su costo será el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.
Programas de educación sobre salud y bienestar Línea de Información sobre la Salud Use la Línea de Información sobre la Salud atendida las 24 horas de Cigna Healthcare para hablar de manera personalizada con un Asesor de Enfermería.* Este recurso está disponible en cualquier momento, día o noche, los 7 días de la semana, los 365 días del año, para ayudarle a responder sus preguntas médicas y de medicamentos con receta o remitirlo al proveedor, programa o herramienta en línea adecuado para atender su problema de salud. También puede escuchar grabaciones de nuestra Biblioteca de Información sobre la Salud. La Línea de Información sobre la Salud no reemplaza las	<i>Copago de \$0 por los siguientes programas de salud y bienestar:</i> – <i>Línea de Información sobre la Salud atendida las 24 horas</i> – <i>HealthWise</i> – <i>Membresía en un Club Deportivo o en Clases de Acondicionamiento Físico</i>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
llamadas al 911. Si tiene una emergencia que requiere cuidado de la salud, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Para acceder a la Línea de Información sobre la Salud atendida las 24 horas de Cigna Healthcare, llame al 1-866-576-8773 (TTY 711). * Los Asesores de Enfermería tienen una licencia de enfermería vigente en un mínimo de un estado, pero no ejercen la enfermería ni brindan asesoramiento médico. HealthWise Tendrá acceso a contenido en video y escrito sobre una gran variedad de temas relacionados con la salud y el bienestar a través del sitio web de Cigna Medicare. Acondicionamiento físico El beneficio de acondicionamiento físico brinda varias opciones para ayudarle a mantenerse activo. Usted reúne los requisitos para una membresía de acondicionamiento físico en lugares de acondicionamiento físico que participen en la red de acondicionamiento físico estándar. En estos lugares, puede aprovechar los equipos de ejercicios, las comodidades y, donde estén disponibles, las clases de ejercicios grupales hechas a medida para satisfacer las necesidades de los adultos mayores. Si prefiere hacer ejercicio en la privacidad de su hogar, puede seleccionar un kit de acondicionamiento físico para el hogar por año de una gran variedad de opciones de kit, incluido un dispositivo de registro de acondicionamiento físico portátil. También puedes aprovechar los Planes de Entrenamiento personalizados; acceder a miles de vídeos de entrenamiento a demanda disponibles en el sitio web del programa, recibir Asesoramiento para un Envejecimiento Saludable personalizado por teléfono, video o chat, realizar un seguimiento de su acondicionamiento físico; y disfrutar de muchos otros recursos digitales a través del Club de Bienestar. Los servicios no estándares que tienen tarifas adicionales no son parte del programa de acondicionamiento físico y no se reembolsarán. Para obtener más información sobre su beneficio de acondicionamiento físico, consulte la Guía de Beneficios Complementarios o comuníquese con el proveedor de servicios de acondicionamiento físico de Cigna llamando al 1-888-886-1992 (TTY 711).	
Asignación para Comestibles Saludables y Servicios Públicos Dado que su plan participa en el Modelo de Diseño del Seguro Basado en el Valor (VBID), usted recibirá una asignación trimestral (cada tres meses) que se utilizará para la compra de alimentos saludables y nutritivos y/o para ayudar a pagar los servicios públicos esenciales de su hogar. Sin embargo, la cantidad de la asignación puede usarse para cualquiera de los beneficios o para ambos, según lo prefiera de acuerdo con su situación. Los artículos comestibles, como lácteos, carnes, pan/cereales, frutas enlatadas y vegetales pueden comprarse en la tienda a través de tiendas minoristas participantes. La asignación se puede aplicar a los servicios públicos, como gas, electricidad, agua, saneamiento y facturas de servicios de internet. Esta asignación no se puede utilizar para la compra de tabaco, alcohol, armas de fuego ni otros productos seleccionados. La asignación se aplicará automáticamente a su tarjeta de Cigna Healthy Today cada trimestre. El monto no se transfiere al próximo trimestre o al año siguiente. Si tiene	<i>Asignación para Comestibles Saludables de \$300 cada tres meses combinados con la Asistencia con los Servicios Públicos.</i> El saldo debe utilizarse en el trimestre proporcionado; el saldo restante no se transferirá al trimestre siguiente. El cliente es responsable de pagar cualquier costo que supere la cantidad de la asignación.

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
preguntas sobre este beneficio, consulte su Guía de Beneficios Adicionales o llame a Servicio al Cliente. Usted tiene derecho a rechazar este beneficio por cualquier motivo. Si rechaza el beneficio, esto no afectará su elegibilidad para participar en el plan ni ningún otro beneficio de su plan. Si decide rechazar este beneficio, puede hacerlo llamando a Servicio al Cliente.	
Servicios de audición (cubiertos por Medicare) Las evaluaciones de diagnóstico del equilibrio y de la audición realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como cuidados para pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	Se necesita una referencia para los exámenes de audición cubiertos por Medicare y los servicios cubiertos por Medicare que no sean de emergencia. Copago de \$0* por los exámenes de diagnóstico de audición cubiertos por Medicare
Servicios de audición (de Rutina) Este plan cubre los siguientes servicios de audición de rutina: ☐ hasta un examen de audición de rutina por año ☐ evaluación de ajuste de aparato(s) auditivo(s) ☐ aparato(s) auditivo(s) Las evaluaciones de aparatos auditivos forman parte del examen de audición de rutina. Se permiten múltiples ajustes con el proveedor original si son necesarios para garantizar que los aparatos auditivos se ajusten con precisión. Es necesario realizar un examen de audición de rutina antes de que puedan despacharse aparatos auditivos. Los aparatos auditivos están limitados a aquellos que se usen externamente y no incluyen dispositivos de asistencia para escuchar, amplificadores ni dispositivos desechables. Los clientes deben comunicarse con el proveedor de servicios de audición de Cigna Healthcare para acceder al examen de audición de rutina y los beneficios para aparatos auditivos. Se otorga un período de evaluación de 60 días para determinar la eficacia de un aparato auditivo. Los aparatos auditivos que se adquieren a través del proveedor de servicios de audición de Cigna Healthcare vienen con un suministro de baterías para 4 años incluido (hasta 256 pilas por aparato auditivo). Los aparatos auditivos comprados de cualquier proveedor fuera de la red de servicios de audición de Cigna Healthcare no estarán cubiertos. Los aparatos auditivos de venta libre no están cubiertos. Para obtener más información sobre los beneficios de rutina relacionados con la audición, consulte la Guía de Beneficios Complementarios o comuníquese con el proveedor de servicios de audición de Cigna Healthcare llamando al 1-866-872-1001 (TTY 711).	<i>Copago de \$0 por un examen de audición de rutina por año</i> <i>Copago de \$0 por una evaluación de ajuste de aparatos auditivos por año</i> <i>Copago de \$0 o de \$399 a \$1,800* por dispositivo para Aparatos Auditivos. Límite de dos (2) dispositivos por año. El costo compartido real dependerá del aparato auditivo seleccionado.</i>
 Examen de detección de VIH Para las personas que piden un examen de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de tener infección por VIH, cubrimos lo siguiente:	Los miembros que reúnen los requisitos para el examen de detección preventivo de VIH cubierto

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
☐Un examen de detección cada 12 meses En el caso de mujeres embarazadas, cubrimos: ☐Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo	por Medicare no deben pagar un coseguro, copago ni deducible.
Entrega de Comidas en el Hogar Al ser dados de alta de un hospital como paciente internado o de un centro de cuidados especiales, los miembros podrán recibir 14 comidas congeladas saludables y adecuadas para su dieta médica en su hogar. Este beneficio está disponible hasta 3 veces al año. Las altas de un departamento de emergencias, una estadía para observación o una visita ambulatoria no son elegibles. Los miembros que cumplan con este requisito recibirán una llamada del proveedor de comidas de Cigna Healthcare para programar la entrega. Para obtener más información sobre su beneficio de entrega de comidas en el hogar, consulte su Guía de Beneficios Complementarios o llame a Servicio al Cliente. Comidas para miembros con enfermedad renal terminal Los miembros que tengan un diagnóstico de Enfermedad Renal Terminal (ESRD) y estén inscritos en un programa de administración de cuidados para ESRD pueden recibir hasta 56 comidas congeladas saludables en su hogar. Los miembros pueden recibir este beneficio una vez al año. Los miembros que cumplan con este requisito recibirán una llamada del proveedor de comidas de Cigna Healthcare para programar la entrega.	<i>Copago de \$0 por el beneficio de entrega de comidas en el hogar</i> <i>Copago de \$0 por 56 comidas, durante 28 días, una vez por año para miembros con ESRD</i>
Cuidados de una agencia de salud en el hogar Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y pedirá que una agencia de salud en el hogar los preste. Usted deberá estar confinado a su hogar, lo que significa que salir de su casa es un esfuerzo muy grande. Los servicios cubiertos incluyen, a modo de ejemplo: ☐Servicios de asistentes de salud en el hogar y de enfermería especializada intermitentes o a tiempo parcial (para recibir cobertura en virtud del beneficio de cuidado de la salud en el hogar, sus servicios de asistentes de salud en el hogar y de enfermería especializada combinados deben alcanzar un total de menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) ☐Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ☐Servicios médicos y sociales ☐Equipos y suministros médicos	Es posible que se necesite autorización previa. Copago de \$0 por las visitas de salud en el hogar cubiertas por Medicare
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar consiste en administrar medicamentos o productos biológicos por vía intravenosa o subcutánea a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, a modo de ejemplo:	Usted paga el costo compartido aplicable por cada servicio obtenido. Consulte las listas de beneficios <i>Equipos médicos duraderos y suministros relacionados y Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</i> para conocer las cantidades de costos compartidos relacionadas.

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
☐ Servicios profesionales, como servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de cuidados ☐ Capacitación y educación del paciente que no esté cubierta de otro modo por el beneficio de equipos médicos duraderos ☐ Monitoreo remoto ☐ Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar administrados por un proveedor de terapia de infusión en el hogar calificado	
Cuidados para enfermos terminales Usted cumple los requisitos para recibir el beneficio de cuidados para enfermos terminales cuando su médico y el director médico del centro para enfermos terminales le han dado un pronóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Usted puede recibir los cuidados a través de cualquier programa para enfermos terminales certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas para enfermos terminales certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluso los que la organización de MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: ☐ Medicamentos para control de síntomas y alivio del dolor ☐ Cuidado de relevo a corto plazo ☐ Cuidados en el hogar Cuando lo admiten en un centro para enfermos terminales, tiene derecho a permanecer en su plan; si eligió quedarse en su plan, debe seguir pagando las primas correspondientes. <u>Para servicios para enfermos terminales y para servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor para enfermos terminales por sus servicios para enfermos terminales y cualquier servicio de la Parte A y de la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa para enfermos terminales, su proveedor de cuidados para enfermos terminales le facturará a Original Medicare los servicios que Original Medicare paga. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. <u>Para servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no son de emergencia ni urgencia que están cubiertos en virtud de la Parte A o de la Parte B de Medicare, y no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si hay un requisito para obtener autorización previa). ☐ Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener los servicios, solo paga la cantidad del costo compartido del plan por servicios dentro de la red	Cuando usted se inscribe en un programa para enfermos terminales certificado por Medicare, Original Medicare –y no nuestro plan– paga sus servicios para enfermos terminales y sus servicios de la Parte A y de la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Debe atenderse en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare. Debe consultar a su plan antes de seleccionar un centro para enfermos terminales. <u>Consulta sobre Servicios para Enfermos Terminales</u> Usted paga el costo compartido correspondiente al proveedor del servicio (por ejemplo, servicios de médicos). Consulte el beneficio correspondiente en esta sección de esta <i>Evidencia de Cobertura</i>.

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
☐ Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido de Medicare de Cobro por Servicio (Original Medicare) Para servicios cubiertos por nuestro plan, pero no por la Parte A o la Parte B de Medicare: Nuestro plan seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos en virtud de la Parte A o la Parte B, ya sea que estén relacionados con su pronóstico terminal o no. Usted paga la cantidad de costo compartido de su plan por estos servicios. Para medicamentos que es posible que estén cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por un 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 centro para enfermos terminales certificado por Medicare?</i>). Nota: Si necesita cuidados que no son para enfermos terminales (cuidados que no están relacionados con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre la consulta sobre los servicios de consulta para enfermos terminales (solo una vez) para un enfermo terminal que no ha elegido el beneficio para enfermos terminales.	
 Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: ☐ Vacuna contra la neumonía ☐ Vacunas contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias ☐ Vacuna contra la Hepatitis B si presenta un riesgo alto o intermedio de contraer Hepatitis B ☐ Vacuna contra la COVID-19 ☐ Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, la gripe, la Hepatitis B y la COVID-19.
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye los servicios hospitalarios para pacientes internados con afecciones agudas, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para paciente internado comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día antes de ser dado de alta es su último día como paciente internado. Nuestro plan cubre los días 1 a 90 de atención hospitalaria para pacientes internados por cada período de beneficios. Los servicios cubiertos incluyen, a modo de ejemplo:	Es posible que se necesite autorización previa. Se necesita referencia. Excepto en una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será admitido en el hospital. Por cada hospitalización cubierta por Medicare, su copago es de: \$0 por estadía

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
☐ Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) ☐ Comidas, lo que incluye dietas especiales ☐ Servicios de enfermería regulares ☐ Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) ☐ Medicamentos ☐ Análisis de laboratorio ☐ Radiografías y otros servicios de radiología ☐ Suministros médicos y quirúrgicos necesarios ☐ Uso de aparatos, como sillas de ruedas ☐ Costos de salas de recuperación y quirófanos ☐ Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje ☐ Servicios de abuso de sustancias para pacientes internados ☐ En determinadas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: de córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre y de intestino y multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso. Este centro decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se brindan fuera del patrón de cuidados de la comunidad, puede optar por recibirlos en forma local, siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si nuestro plan presta servicios de trasplante en una ubicación fuera del patrón de cuidados para trasplantes de su comunidad, y usted elige obtener el trasplante en esta ubicación distante, nosotros coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento apropiados para usted y un acompañante. Este beneficio de viaje no se aplica para trasplantes de córnea. Se proporciona un reembolso por un máximo de \$10,000 de gastos de transporte y alojamiento que reúnan los requisitos para un trasplante aprobado, al menos, a 100 millas de distancia de su domicilio legal hasta el centro de trasplante. Este beneficio solo cubre los gastos de transporte y alojamiento para usted y un acompañante para la evaluación inicial y anual, inyección y recolección de células madre, y el trasplante en sí. El beneficio de alojamiento y transporte no se aplica para visitas de seguimiento o posoperatorias ni para admisiones como paciente internado relacionadas con el trasplante después de recibir su trasplante, a excepción de las readmisiones que ocurran durante el período de seguimiento (tiempo durante el cual debe estar cerca de un centro y fuera de su hogar) inmediatamente después de un trasplante cubierto. ☐ Sangre (incluye almacenamiento y administración). La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.	Por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare, debe pagar el costo compartido correspondiente, a partir del primer día, cada vez que se le admite. En algunos casos, es posible que se aplique una política de readmisión en la que continuará el beneficio de la admisión original. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si usa más de 90 días dentro de un período de beneficios, podrá usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria como paciente internado se limitará a 90 días. Hay un copago de \$0 por día de reserva de por vida. Si recibe servicios de cuidado de la salud como paciente internado autorizados en un hospital fuera de la red una vez que se estabilizó su afección de emergencia, su costo será el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
☐ Servicios de médicos Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe emitir una orden escrita para admitirle formalmente como paciente internado en el hospital. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que igualmente se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada “¿Es un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare – ¡Pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de cuidado de la salud mental que requieren una estadía en el hospital. Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para el cuidado de la salud mental como paciente internado en un hospital psiquiátrico. El límite de cuidado de la salud mental como paciente internado no se aplica a los servicios mentales como paciente internado proporcionados en un hospital general.	Es posible que se necesite autorización previa. Excepto en una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será admitido en el hospital. Por cada hospitalización para cuidado de la salud mental cubierta por Medicare, su copago es de: \$0 por estadía Por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare, debe pagar el costo compartido correspondiente, a partir del primer día, cada vez que se le admite. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si usa más de 90 días dentro de un periodo de beneficios, podrá usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria como paciente internado se limitará a 90 días. Hay un copago de \$0 por día de reserva de por vida.
Estadía como paciente internado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente internado no cubierta Si usted agotó sus beneficios como paciente internado, o si la estadía como paciente internado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía como paciente internado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos determinados servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro de cuidados especiales (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, a modo de ejemplo:	Usted paga el costo compartido aplicable para otros servicios como si estos fueran proporcionados a un paciente ambulatorio. Consulte el beneficio correspondiente en esta sección de esta <i>Evidencia de Cobertura</i>.

Servicios cubiertos para usted		Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
☐ Servicios de médicos ☐ Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio) ☐ Radiografías, radioterapia y terapia con isótopos, que incluye los servicios y materiales de los técnicos ☐ Vendajes quirúrgicos ☐ Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir las fracturas y las dislocaciones ☐ Prótesis y dispositivos ortopédicos (que no sean dentales) que reemplacen la totalidad o parte de un órgano interno (lo cual incluye el tejido adyacente), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno que funciona mal o que ha dejado de funcionar en forma permanente, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos dispositivos ☐ Aparatos ortopédicos para la pierna, el brazo, la espalda y el cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, que incluyen ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a la rotura, el desgaste, la pérdida o un cambio en la condición física del paciente ☐ Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla		
 Terapia médica nutricional Este beneficio se brinda a personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero que no se sometan a diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando su médico lo indique. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en que recibe servicios de terapia médica nutricional de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas por año en adelante. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden cada año si usted necesita tratamiento en el siguiente año calendario.	Los miembros que reúnen los requisitos para recibir servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare no deben pagar un coseguro, copago ni deducible.	
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Todos los planes de salud de Medicare cubrirán los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) para los beneficiarios de Medicare que reúnan los requisitos. El MDPP es una intervención estructurada para generar un cambio de conducta con respecto a la salud, que proporciona capacitación práctica sobre cambios alimentarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para resolver problemas con el fin de superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por el beneficio de MDPP.	
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos en virtud de la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:	Es posible que se necesite autorización previa. Es posible que los medicamentos de la Parte B de Medicare estén sujetos a requisitos de tratamiento escalonado.	

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
☐ Medicamentos que generalmente el paciente no se autoadministra y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, servicios como paciente ambulatorio de un hospital o servicios de un centro quirúrgico ambulatorio ☐ Insulina proporcionada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) ☐ Otros medicamentos que se administran utilizando equipos médicos duraderos (como nebulizadores) que el plan autorizó ☐ Factores de coagulación que usted se inyecta si tiene hemofilia ☐ Inmunodepresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano ☐ Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si está confinado a su hogar, si tiene una fractura ósea que un médico certifique que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y si no puede autoadministrarse el medicamento ☐ Antígenos ☐ Determinados medicamentos orales para tratar el cáncer y las náuseas ☐ Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, que incluyen heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritrocitopoyesis (como epoetina alfa) ☐ Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento de inmunodeficiencias primarias en el hogar El siguiente vínculo lo llevará a una lista de Medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos al Tratamiento Escalonado: www.cigna.com/medicare/member-resources/drug-list-formulary. También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D. En el Capítulo 5, se explica el beneficio de los medicamentos con receta de la Parte D, que incluye las reglas que usted debe seguir para que se cubran sus medicamentos con receta. En el Capítulo 6, se explica lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan.	Coseguro de \$0 o 0 - 20%; hasta \$35* por los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare. Usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de insulina cubierta. No se aplica ningún deducible del plan. Coseguro de \$0 o 0 - 20%* por los medicamentos de Quimioterapia/ Radiación de la Parte B cubiertos por Medicare Coseguro de \$0 o 0 - 20%* por otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare
 Terapia y examen de detección de obesidad para promover el adelgazamiento sostenido Si su índice de masa corporal es de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarle a perder peso. Este asesoramiento se cubre si lo recibe en un establecimiento de cuidado primario, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su profesional o médico de cuidado primario para obtener más información.	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por la terapia y los exámenes de detección de obesidad preventivos.
Servicios del programa de tratamiento del consumo de opioides Los miembros de nuestro plan que tengan un trastorno de consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de los servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento del Consumo de Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:	Es posible que se necesite autorización previa. Copago de \$0 por los servicios para el tratamiento del consumo de opioides cubiertos por Medicare

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
☐ Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) ☐ Suministro y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde) ☐ Asesoramiento sobre el consumo de sustancias ☐ Terapia individual y grupal ☐ Pruebas de toxicología ☐ Actividades de admisión ☐ Evaluaciones periódicas	
Pruebas de diagnóstico y suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, a modo de ejemplo: ☐ Radiografías ☐ Terapia de radiación (radioterapia y terapia con isótopos), que incluye materiales y suministros de los técnicos ☐ Suministros quirúrgicos, como vendajes ☐ Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir las fracturas y las dislocaciones ☐ Análisis de laboratorio ☐ Las pruebas genéticas cubiertas por Medicare para el miembro solo se cubrirán una vez de por vida, salvo que se aprueben específicamente por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos para realizarse más de una vez. ☐ Sangre (incluye almacenamiento y administración). La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. ☐ Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios	Es posible que se necesite autorización previa. Se necesita referencia. Es posible que también se aplique un cargo por el centro. Copago de \$0 por los procedimientos y exámenes de diagnóstico cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare Coseguro del 0% o 20%* por las pruebas genéticas cubiertas por Medicare Copago de \$0 por los servicios hematológicos cubiertos por Medicare Copago de \$0 por los servicios radiológicos de diagnóstico y de medicina nuclear cubiertos por Medicare Copago de \$0 por los servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare Copago de \$0 por las radiografías cubiertas por Medicare. No se requiere autorización para las radiografías.
Observación en un hospital como paciente ambulatorio Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios brindados para determinar si usted necesita ser admitido como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria se cubran, deben cumplir con los criterios de Medicare y deben considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos únicamente cuando se proporcionan por indicación de un médico u otra persona autorizada por las leyes de licencias estatales y	Es posible que se necesite autorización previa. Se necesita referencia. Copago de \$0 por la observación hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
los estatutos para el personal hospitalario para admitir pacientes en el hospital o indicar pruebas ambulatorias. Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden escrita para admitirle como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido para servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que igualmente se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada “¿Es un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare – ¡Pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Servicios hospitalarios ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, a modo de ejemplo: ☐ Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios ☐ Pruebas de diagnóstico y análisis de laboratorio que factura el hospital ☐ Cuidados de salud mental, que incluyen cuidados en un programa de hospitalización parcial si un médico certifica que, sin este programa, se requeriría tratamiento como paciente internado ☐ Radiografías y otros servicios de radiología que factura el hospital ☐ Suministros médicos como férulas y yesos ☐ Determinados medicamentos y sustancias biológicas que no puede administrarse por su cuenta Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden escrita para admitirle como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido para servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que igualmente se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada “¿Es un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare – ¡Pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.	Es posible que se necesite autorización previa. Se necesita referencia. Usted paga el costo compartido aplicable por estos servicios. Consulte el beneficio correspondiente en esta sección de esta <i>Evidencia de Cobertura</i>. Los medicamentos autoadministrados (medicamentos que normalmente tomaría solo) no están cubiertos en un entorno hospitalario ambulatorio. Estos medicamentos pueden estar cubiertos por su beneficio de la Parte D. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.
Cuidado de la salud mental como paciente ambulatorio Los servicios cubiertos incluyen:	Es posible que se necesite autorización previa.

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra con licencia del estado o un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, un asesor profesional con licencia (LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de cuidado de la salud mental que reúna los requisitos de Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables. Los servicios de telesalud de salud del comportamiento están disponibles a través del proveedor de telesalud de Cigna Healthcare. Para obtener más información, consulte la Guía de Beneficios Adicionales o llame a Servicio al Cliente.	Copago de \$0 por cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare Copago de \$0 por cada visita de terapia individual o grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare Copago de \$0 por cada visita de telesalud de Salud del Comportamiento cubierta por Medicare a través del proveedor de telesalud de Cigna Healthcare.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen visitas en persona para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en diversos establecimientos ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF).	Es posible que se necesite autorización previa. Se necesita referencia. Copago de \$0 por las visitas de Terapia Ocupacional cubiertas por Medicare Copago de \$0 por las visitas de Fisioterapia en persona cubiertas por Medicare Copago de \$0 por las visitas de Patología del Habla y del Lenguaje en persona cubiertas por Medicare
Servicios para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios ambulatorios para el abuso de sustancias, como el Programa de Hospitalización Parcial, Programas de Tratamiento del Consumo de Opioides (OTP), evaluación ambulatoria, terapia ambulatoria y administración de medicamentos, proporcionados por un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud del comportamiento que reúna los requisitos de Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables.	Es posible que se necesite autorización previa. Copago de \$0 por las visitas de tratamiento para el abuso de sustancias individual o grupal para pacientes ambulatorios cubiertas por Medicare
Cirugía para pacientes ambulatorios, que incluye servicios prestados en centros para pacientes ambulatorios de un hospital y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: Si le realizarán una cirugía en un centro hospitalario, debe preguntar a su proveedor si será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden escrita para admitirle como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido por cirugías para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que igualmente se le considere un paciente ambulatorio.	Es posible que se necesite autorización previa. Se necesita referencia. Copago de \$0 por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio cubierta por Medicare. Copago de \$0 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.
Artículos y Servicios de Venta Libre La asignación para artículos de venta libre (OTC) se aplicará a su tarjeta de beneficios de Cigna Healthy Today cada trimestre. Los clientes pueden usar la asignación	<i>\$250 cada tres meses para medicamentos de venta libre específicos y otros productos</i>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
trimestral completa en cualquier momento del trimestre. Puede usar la tarjeta de beneficios para hacer pedidos en línea, por teléfono o por correo del catálogo de artículos OTC de Cigna Healthcare. O puede comprar artículos OTC aprobados en lugares minoristas participantes. La asignación para artículos OTC se aplica a una cantidad trimestral especificada y no se traslada al trimestre siguiente ni al año siguiente. Es posible que haya excepciones. Algunos artículos de venta libre (OTC) requieren la recomendación de un médico para una afección específica que pueda diagnosticarse. Pedidos de catálogo limitados a uno por miembro por mes. Visite CignaHealthyToday.com para ver nuestra lista de artículos de Venta Libre cubiertos y lugares minoristas participantes. Para obtener más información sobre su beneficio de OTC, consulte su Guía de Beneficios Adicionales o comuníquese con servicio al cliente de OTC de Cigna Healthcare llamando al 1-866-851-1579 (TTY 711).	<i>farmacéuticos relacionados con el cuidado de la salud.</i>
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona como servicio para pacientes ambulatorios en un hospital o en un centro de salud mental comunitario. Este programa es más intenso que los cuidados que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización como paciente internado. El servicio para pacientes ambulatorios intensivo es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud conductual (mental) activo que se proporciona en un departamento ambulatorio hospitalario, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado Federalmente o una clínica de salud rural que es más intensa que la atención que recibió en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intensa que la hospitalización parcial.	Es posible que se necesite autorización previa. Copago de \$0 por los servicios de programas de hospitalización parcial y servicios para pacientes ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare
Servicios de médicos o profesionales, que incluyen visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen: ☐ Atención médica y servicios quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en un consultorio médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento ambulatorio hospitalario o cualquier otro lugar ☐ Consulta, diagnóstico y tratamiento de un especialista ☐ Exámenes básicos de la audición y del equilibrio realizados por su especialista si su médico los ordena para verificar si necesita tratamiento médico ☐ Determinados servicios de telesalud, como cuidado de urgencia (tratamiento de síntomas como alergias, tos, dolor de cabeza, náuseas y otras enfermedades de bajo riesgo), terapia de salud mental, y dermatología. ○ Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si opta por recibir uno de estos servicios mediante telesalud, deberá usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. ○ El beneficio de telesalud se aplica a los proveedores que se asocian con el proveedor de servicios de telesalud de Cigna Healthcare para brindar servicios de telesalud. Los clientes deberán completar un registro y una breve historia clínica la primera vez que usen los servicios de telesalud, y deberán	Es posible que se necesite autorización previa. Se necesita una referencia para las visitas a un Especialista y a otros Profesionales de Cuidado de la Salud. Copago de \$0 por cada visita a un médico de cuidado primario cubierta por Medicare Copago de \$0 por cada visita a un especialista cubierta por Medicare. Copago de \$0 por cada Servicio de Otro Profesional de Cuidado de la Salud cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
proporcionar el copago aplicable al momento de la visita de telesalud. El intercambio electrónico puede ser por teléfono inteligente, teléfono regular, computadora o tableta, y puede incluir video. Para obtener más información sobre sus beneficios de telesalud, consulte su Guía de Beneficios Adicionales o llame a Servicio al Cliente. ☐ Algunos servicios de telesalud, como consultas, diagnóstico y tratamiento, que un médico o profesional proporcione a pacientes en ciertas áreas rurales o en otros lugares aprobados por Medicare ☐ Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para miembros que reciben diálisis en el hogar, en un centro de diálisis renal de un hospital o un hospital de acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro ☐ Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral, independientemente de su ubicación ☐ Servicios de telesalud para miembros con un trastorno de consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación ☐ Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar y tratar los trastornos de salud mental si: ○ Usted tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud ○ Usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ En algunos casos, puede haber excepciones a lo antes mencionado ☐ Servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Salud Calificados Federalmente ☐ Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos si: ○ No es un paciente nuevo y ○ El chequeo no está relacionado con una visita al consultorio realizada en los últimos 7 días y ○ El chequeo no da lugar a una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o para la primera cita disponible ☐ Evaluación de imágenes y/o videos enviados a su médico, y la interpretación y el seguimiento de su médico dentro de las 24 horas si: ○ No es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio realizada en los últimos 7 días y ○ La evaluación no da lugar a una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o para la primera cita disponible ☐ Consultas de su médico con otros médicos por teléfono, por Internet o mediante registros de salud electrónicos ☐ Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía ☐ Cuidado dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de la	

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
mandíbula o los huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación contra neoplasias malignas o servicios que se cubrirían si fueran prestados por un médico) ☐ Los servicios de cuidado de heridas (incluidos los clínicos) se brindan para tratar heridas agudas y crónicas a través del desbridamiento, el cuidado local de heridas y apósitos especializados. ☐ Medicare cubre servicios prestados por otros proveedores de salud, como asistentes médicos, enfermeros practicantes, trabajadores sociales, fisioterapeutas y psicólogos. Profesional de la salud significa: – un médico que es un doctor en medicina u osteopatía; o – un asistente médico, un enfermero practicante o un especialista en enfermería clínica; o – un profesional médico (como un educador sobre la salud, un dietista registrado, un profesional experto en nutrición u otro profesional con licencia) o un equipo de dichos profesionales médicos que trabajan bajo la supervisión directa de un médico Nota: Los costos por los servicios proporcionados por otros proveedores de salud (como un enfermero practicante o un asistente médico) se basarán en la especialidad del médico supervisado. Por ejemplo, si visita a un enfermero practicante y el médico supervisado es un PCP, usted pagará el costo del PCP. Si visita a un enfermero practicante y el médico supervisado es un Especialista, usted pagará el costo del Especialista.	
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen: ☐ Diagnóstico y tratamiento médicamente necesario de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, juanetes o espolones de talón) ☐ Cuidado de los pies de rutina para miembros con determinadas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores ☐	Se necesita referencia. Copago de \$0 por cada visita de podiatría cubierta por Medicare
 Exámenes de detección del cáncer de próstata Para los hombres de 50 años en adelante, los servicios cubiertos incluyen los siguientes, una vez cada 12 meses: ☐ Tacto rectal ☐ Examen de Antígeno Prostático Específico (PSA)	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por un examen anual de PSA.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (que no son dentales) que reemplazan la totalidad o parte de una función o una parte del cuerpo. Esto incluye, a modo de ejemplo: bolsas colectoras para colostomía y suministros directamente relacionados con los cuidados de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, calzado protésico, prótesis ortopédicas y prótesis de senos (incluso un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y la reparación y/o el reemplazo de estos dispositivos. También incluye determinada cobertura luego de la cirugía de cataratas o extracción de cataratas (consulte <i>Cuidado de la Vista</i> a continuación para obtener más detalles).	Es posible que se necesite autorización previa. Copago de \$0 por los dispositivos protésicos y suministros médicos relacionados con prótesis, férulas, y otros dispositivos cubiertos por Medicare

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Nota: Se revisará la cantidad de suministros médicos para asegurar que sean médicamente necesarios y razonables. Es posible que se apliquen límites a la cantidad total mensual para suministros médicos.	
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	Es posible que se necesite autorización previa. Se necesita referencia. Copago de \$0 por cada visita de tratamiento de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare
 Examen de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol Cubrimos un examen de detección de consumo indebido de alcohol para adultos que tienen Medicare (que incluye a mujeres embarazadas) que consumen alcohol en forma indebida, pero no son dependientes del alcohol. Si el resultado del examen de detección de consumo indebido de alcohol es positivo, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento en persona por año (si usted es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un profesional o médico de cuidado primario calificado en un establecimiento de cuidado primario.	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol cubierto por Medicare.
 Examen de detección del cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) Para las personas que reúnan los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) cada 12 meses. Los miembros elegibles son: personas de entre 50 y 77 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero con antecedentes de haber fumado, por lo menos, 20 paquetes de cigarrillos por año, y que fumen en la actualidad o que hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden escrita de LDCT durante una visita de asesoramiento sobre exámenes de detección del cáncer de pulmón y de toma de decisión compartida que cumpla con los criterios de Medicare para ese tipo de visitas, emitida por un médico o profesional no médico calificado. <i>Para los exámenes de detección del cáncer de pulmón con LDCT después de la LDCT inicial,</i> los miembros deben recibir una orden escrita para el examen de detección del cáncer de pulmón con LDCT, que puede proporcionarse durante cualquier visita adecuada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado elige proporcionar una visita de asesoramiento sobre exámenes de detección del cáncer de pulmón y de toma de decisión compartida para exámenes de detección del cáncer de pulmón con LDCT posteriores, la visita debe cumplir con los requisitos de Medicare para dichas visitas.	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por la visita de asesoramiento y toma de decisión compartida o por la LDCT cubierta por Medicare.
 Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de exámenes de detección

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para detectar clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para mujeres embarazadas y para determinadas personas con mayor riesgo de sufrir una ITS cuando el proveedor de cuidado primario indica los exámenes. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales personales de asesoramiento conductual de alta intensidad de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Únicamente cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las proporciona un proveedor de cuidado primario y se realizan en un establecimiento de cuidado primario, como el consultorio de un médico.	de ITS y asesoramiento para ITS cubierto por Medicare.
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: ☐ Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar a cuidar el riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para los miembros con enfermedad renal crónica de etapa IV referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida. ☐ Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (que incluye tratamientos de diálisis cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio, según se explicó en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no se encuentre disponible o no se puede tener acceso a este en forma temporal) ☐ Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si le admiten como paciente internado en un hospital para recibir cuidados especiales) ☐ Capacitación para autodiálisis (que incluye capacitación para usted y para cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) ☐ Equipos y suministros para diálisis en el hogar ☐ Determinados servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, cuando es necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para verificar su diálisis en el hogar, para ayudarlo en casos de emergencia y para verificar su equipo de diálisis y suministro de agua) Determinados medicamentos para diálisis están cubiertos en virtud de su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.	Es posible que se necesite autorización previa para la diálisis renal cubierta por Medicare. Se necesita referencia. Copago de \$0 por servicios de educación sobre enfermedad renal cubiertos por Medicare Copago de \$0 por la diálisis renal cubierta por Medicare
Cuidados en un centro de cuidados especiales (SNF) (Para obtener una definición de cuidados en un centro de cuidados especiales, consulte el Capítulo 12 de este documento. A veces, a los centros de cuidados especiales se les llama SNF). El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. No se necesita una estadía en un hospital como paciente internado antes de la admisión a un SNF. Los servicios cubiertos incluyen, a modo de ejemplo:	Es posible que se necesite autorización previa. Para las estadías en un SNF cubiertas por Medicare, su copago es: \$0 por día para los días 1 a 100

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
☐ Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) ☐ Comidas, lo que incluye dietas especiales ☐ Servicios de enfermería especializada ☐ Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ☐ Medicamentos administrados como parte de su plan de cuidados (esto incluye las sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre). ☐ Sangre (incluye almacenamiento y administración). La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. ☐ Suministros médicos y quirúrgicos habitualmente proporcionados por los SNF ☐ Análisis de laboratorio habitualmente proporcionados por los SNF ☐ Radiografías y otros servicios de radiología habitualmente proporcionados por los SNF ☐ Uso de aparatos, como sillas de ruedas, habitualmente proporcionados por los SNF ☐ Servicios de médicos/profesionales Generalmente, usted recibirá los cuidados de SNF a través de centros dentro de la red. Sin embargo, en determinadas circunstancias que se enumeran a continuación, es posible que usted pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si el centro acepta las cantidades de pago de nuestro plan. ☐ Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro de cuidados permanentes donde usted estaba viviendo inmediatamente antes de su admisión en el hospital (siempre que proporcione cuidados de centros de cuidados especiales) ☐ Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted deje el hospital	En algunos casos, es posible que se aplique una política de readmisión en la que continuará el beneficio de la admisión original. Por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare, usted debe pagar el costo compartido correspondiente, a partir del primer día, cada vez que se le admite.
 Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos para abandonar el consumo con asesoramiento dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales. <u>Si consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que el tabaco puede afectar:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el consumo. Cubrimos dos intentos para abandonar el consumo con asesoramiento dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted deberá pagar el costo compartido aplicable. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Ejercicio supervisado (SET) El ejercicio supervisado (SET) está cubierto para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática y que recibieron una recomendación de tratamiento del médico responsable.	Es posible que se necesite autorización previa. Se necesita referencia.

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: ☐ Consistir en sesiones que duren 30-60 minutos, que comprendan un programa de ejercicio-entrenamiento terapéutico para EAP en pacientes con claudicación ☐ Ofrecerse en un entorno hospitalario ambulatorio o el consultorio de un médico ☐ Ser proporcionado por personal auxiliar calificado que garantice que los beneficios superen los daños y que tenga la capacitación adecuada para ofrecer el ejercicio terapéutico para EAP ☐ Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o un enfermero practicante/especialista en enfermería clínica con capacitación en técnicas de soporte vital básico y avanzado El SET puede estar cubierto más allá de las 36 sesiones, durante 12 semanas, por 36 sesiones adicionales durante un período extendido si un proveedor de cuidado de la salud lo considera médicamente necesario.	Copago de \$0 por cada visita de Ejercicio Supervisado cubierta por Medicare
Transporte El beneficio de transporte relacionado con la salud de rutina que no sea de emergencia incluye una cantidad específica de viajes de ida o de vuelta en taxi, servicios de viaje compartido, camioneta o transporte médico. Los clientes deben comunicarse con el proveedor de transporte de Cigna Healthcare al menos 48 horas antes de su cita para programar los servicios de transporte que no sean de emergencia a lugares aprobados por el plan, como citas médicas. No se cubrirá el transporte acordado fuera del proveedor de transporte, y el miembro deberá pagarlo. Se aplican restricciones y requisitos para las cancelaciones. La cancelación debe realizarse hasta dos horas antes del viaje programado, o el viaje se deducirá de la cantidad de viajes restantes. Se aplica una distancia máxima de 70 millas por viaje de ida o de vuelta. Se requiere Autorización Previa cuando la distancia del viaje hasta un proveedor supera el límite de 70 millas. Los viajes que superen una distancia de 70 millas por viaje de ida o de vuelta no están cubiertos, excepto cuando el transporte sea necesario para obtener servicios específicos médicamente necesarios cubiertos por Medicare o el Plan. El proveedor de transporte está asociado con servicios de viaje compartido para brindar transporte a los clientes ambulatorios. Los clientes con necesidades especiales serán transportados por conductores tradicionales de transporte médico que no es de emergencia (NEMT), que tienen vehículos que se adaptan para sillas de ruedas, andadores, etc. Para recibir servicios de transporte de un conductor de servicios de viaje compartido, los clientes deben poder recibir mensajes de texto en sus teléfonos. Es posible que el servicio de viaje compartido no esté disponible para determinados tipos de transportes y en determinadas áreas de servicio. Las solicitudes de transporte recibidas con menos de 48 horas de anticipación se revisarán caso por caso para determinar la urgencia del viaje y la disponibilidad de un conductor de NEMT para transportar al miembro. Un conductor de NEMT tradicional puede llevar a varios ocupantes en un vehículo. El transporte de viaje compartido es para un solo ocupante; sin embargo, es posible que se permita un acompañante o familiar.	Es posible que se necesite autorización previa. <i>Copago de \$0 por viajes de año por año a lugares aprobados por el plan</i>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Las solicitudes de reserva de rutina no se aceptarán en días festivos nacionales. El Horario de Asistencia para Viajes, alta del hospital y citas urgentes/para el mismo día, se manejan 24/7 y los 365 días. A los clientes que llamen después de las 8 p. m., se les indicará que programen viajes a través de la aplicación móvil o el sitio web del proveedor de servicios de transporte de Cigna Healthcare. Consulte el beneficio de servicios de Ambulancia que se encuentra en este cuadro para obtener información adicional sobre servicios de Ambulancia que no son de emergencia cubiertos por Medicare. Para obtener más información sobre los beneficios relacionados con el transporte, consulte su Guía de Beneficios Adicionales.	
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se proporcionan para tratar una afección, una lesión o una enfermedad médica imprevista, que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata pero, dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener los servicios de proveedores de la red. Si, dadas las circunstancias, no es razonablemente posible que usted obtenga atención médica inmediata de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser necesarios de inmediato y médicamente necesarios. Algunos ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red se producen en los siguientes casos: Usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección imprevista, pero no es una emergencia médica; o no se considera razonable, dadas sus circunstancias, el obtener de inmediato la atención médica de un proveedor de la red. El costo compartido por servicios de urgencia necesarios proporcionados fuera de la red es el mismo que el correspondiente a los servicios proporcionados dentro de la red. <i>Los servicios de urgencia están cubiertos en el extranjero.</i> Consulte en este cuadro el beneficio de Servicios de Ambulancia para obtener más información sobre los servicios de ambulancia en el Extranjero.	Copago de \$0 por visita para servicios de urgencia cubierta por Medicare <i>Copago de \$135 por cobertura de emergencia/urgencia en el extranjero y por transporte de emergencia en extranjero</i> <i>Límite combinado de \$50,000 (USD) por año por servicios de emergencia y de cuidado de urgencia que se le proporcionen fuera de los EE. UU. y sus territorios.</i> El transporte de emergencia debe ser médicamente necesario. Si es admitido en el hospital dentro de un plazo de 24 horas por la misma afección, pagará \$0 por la visita a la sala de emergencias.
 Cuidado de la vista (cubierto por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen: ☐ Servicios de médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de rutina de la vista (refracciones de la vista) para anteojos/lentes de contacto. ☐ Para las personas con alto riesgo de sufrir glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de sufrir glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más, e hispanoamericanos de 65 años o más ☐ Las personas con diabetes tienen cubierto un examen de detección de retinopatía diabética por año	Es posible que se aplique un costo compartido aparte por el PCP/ Especialista si se proporcionan servicios adicionales que requieran un costo compartido (p. ej., si se descubre una afección médica ocular durante un examen de la vista preventivo de rutina). Por procedimientos quirúrgicos realizados en un centro quirúrgico ambulatorio, es posible que se aplique por separado un costo compartido por el médico o un cargo por el centro. Copago de \$0 por los exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
☐ Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si le hacen dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservarse el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda). Para obtener más información sobre los beneficios de cuidado de la vista cubiertos por Medicare, llame a Servicio al Cliente.	afecciones del ojo, incluido un examen anual de detección de glaucoma para las personas en riesgo. Copago de \$0 por los exámenes de detección de glaucoma y exámenes de retina para pacientes diabéticos. Copago de \$0 por todos los demás servicios de cuidado de la vista cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por: – anteojos y lentes de contacto cubiertos por Medicare (un par de anteojos con marcos o lentes estándares, o un par de lentes de contacto estándares después de una cirugía de cataratas en la que se implanta una lente intraocular)
Cuidado de la vista (de Rutina) Este plan cubre lo siguiente: ☐ Un (1) examen de la vista de rutina (que incluye refracción de la vista) por año. Las refracciones de la vista fuera del examen de la vista de rutina anual no están cubiertas. ☐ Antejos y marcos o lentes de contacto hasta la cantidad de la asignación del plan. La asignación especificada en el plan puede aplicarse a un juego de anteojos o lentes de contacto a elección del cliente, que incluye la combinación de marco/ lentes/opciones de lentes del antejo o lentes de contacto y ajuste de lentes de contacto (incluidos los honorarios profesionales relacionados) en lugar de anteojos. La asignación anual para anteojos y lentes de contacto no cubiertos por Medicare se aplica únicamente al valor minorista. Los impuestos aplicables no están cubiertos. El saldo no utilizado de la asignación no se transfiere a futuros años de beneficios. Los exámenes de la vista de rutina y los anteojos o lentes de contacto se deben obtener a través de un proveedor de la red del proveedor de servicios de la vista de Cigna Healthcare. Los servicios que se obtengan a través de proveedores fuera de esta red no están cubiertos. Hay limitaciones con respecto a la cantidad de servicios cubiertos dentro de una categoría de servicios. Los límites de frecuencia varían según el tipo de servicio cubierto. Los lentes de contacto médicamente necesarios no están cubiertos por el beneficio de cuidado de la vista de rutina. Es posible que se apliquen algunas exclusiones. Para obtener más información sobre su beneficio de exámenes de la vista de rutina y anteojos y lentes de contacto, consulte su Guía de Beneficios Adicionales o	Es posible que se aplique un costo compartido aparte por el PCP/ Especialista si se proporcionan servicios adicionales que requieran un costo compartido (p. ej., si se descubre una afección médica ocular durante un examen de la vista preventivo de rutina). <i>Copago de \$0 por un máximo de un examen de la vista de rutina por año (el examen de la vista de rutina no incluye un ajuste de lentes de contacto)</i> <i>Copago de \$0 hasta la asignación para anteojos y lentes de contacto por:</i> – hasta un par de anteojos (lentes y marcos) por año – lentes de contacto ilimitados hasta el límite de cobertura del plan – hasta un par de anteojos por año – hasta un marco de anteojos por año – mejoras

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
comuníquese con el proveedor de servicios de la vista de Cigna Healthcare al 1-888-886-1995 (TTY 711).	Asignación de \$300 por año para anteojos y lentes de contacto de rutina por año. El cliente es responsable de pagar todos los costos que superen la cantidad de la asignación.
 Visita Preventiva de “Bienvenida a Medicare” El plan cubre la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” por única vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como información y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesita (que incluye determinados exámenes de detección y vacunas), y referencias para otros servicios de cuidado de la salud si es necesario. Importante: Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” únicamente durante los primeros 12 meses en que usted tenga la Parte B de Medicare. Cuando pida una cita, informe en el consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.
Servicios de Bienestar y Planificación del Cuidado de la Salud (WHP): Planificación Anticipada de Cuidados (ACP) Usted reúne los requisitos para recibir servicios de bienestar y planificación del cuidado de la salud, que incluyen los servicios de Planificación Anticipada de Cuidados (ACP). A través de la ACP, se creará un plan completo para el cuidado de la salud por si usted no puede tomar decisiones sobre sus cuidados, como una directiva anticipada u otros documentos formales. La participación en cualquier programa que incluya servicios de Bienestar y Planificación del Cuidado de la Salud o Planificación Anticipada de Cuidados es voluntaria y usted puede rechazar los servicios en cualquier momento.	Copago de \$0 por los servicios de Planificación Anticipada de Cuidados

Para obtener información sobre sus beneficios Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid) consulte el Resumen de Beneficios Cubiertos por Medicaid en su Resumen de Beneficios.

Para obtener una copia del Resumen de Beneficios, comuníquese con Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contratapa de este folleto o visite www.cignamedicare.com. Puede comunicarse con Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid) para determinar su nivel de elegibilidad de Medicaid. Encontrará la información de contacto Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid) en la Sección 6 del Capítulo 2 de esta *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de nuestro plan?

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por nuestro plan

Todos los servicios cubiertos por Original Medicare están también cubiertos por nuestro plan. Para conocer los servicios adicionales cubiertos únicamente por Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid), consulte el Resumen de Beneficios Cubiertos por Medicaid en el Resumen de Beneficios de su plan.

Para obtener una copia del Resumen de Beneficios, comuníquese con Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contratapa de este folleto o visite www.cignamedicare.com.

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no cubre el plan?

Sección 4.1 Servicios no cubiertos por el plan (exclusiones)

Esta sección le informa sobre qué servicios están excluidos.

El siguiente cuadro describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia o que están cubiertos solo en circunstancias específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas enumeradas a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos no se cubrirán, y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela un servicio y se determina en una apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos respecto de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios que Medicare no cubre	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en circunstancias específicas
Acupuntura.		☐ Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Transporte en ambulancia aérea para regresar a los Estados Unidos.		☐ El retorno o la repatriación a los Estados Unidos durante una lesión médica o enfermedad no están cubiertos, a menos que el centro apropiado más cercano para estabilizar y tratar la lesión o enfermedad esté en los Estados Unidos. Una vez estabilizado, el transporte en ambulancia aérea de regreso a los Estados Unidos no está cubierto.
Cirugía o procedimientos estéticos.		☐ Cubiertos en caso de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte malformada del cuerpo. ☐ Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para lograr una apariencia simétrica del seno no afectado.
Cuidado de custodia. El cuidado de custodia es cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como cuidado que le ayuda con actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.	Sin cobertura en todos los casos.	

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

Servicios que Medicare no cubre	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en circunstancias específicas
Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Original Medicare determinó que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		☐ Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Tarifas cobradas por el cuidado por sus familiares directos o miembros de su grupo familiar.	Sin cobertura en todos los casos.	
Cuidado de enfermería a tiempo completo en su hogar.	Sin cobertura en todos los casos.	
Entrega de comidas en el hogar.		☐ Consulte la sección de Entrega de comidas en el hogar del Cuadro de Beneficios Médicos para obtener más información.
Servicios domésticos, que incluyen asistencia básica para el hogar, como tareas domésticas livianas o preparación de comidas livianas.	Sin cobertura en todos los casos.	
Suministros para la incontinencia, como almohadillas, pull-ups y guantes	Sin cobertura en todos los casos.	
Servicios de medicina natural (usa tratamientos naturales o alternativos).	Sin cobertura en todos los casos.	
Cuidados dentales que no son de rutina.		☐ Es posible que los cuidados dentales necesarios para tratar enfermedades o lesiones se cubran como cuidados para pacientes internados o ambulatorios.
Servicios obstétricos.	Sin cobertura en todos los casos.	
Calzado ortopédico o dispositivos de apoyo para los pies.		☐ Calzado que es parte de un aparato ortopédico para la pierna y está incluido en el costo del aparato. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de cuidados especiales, como un teléfono o televisor.	Sin cobertura en todos los casos.	
Habitación privada en un hospital.		☐ Cubierto solo cuando sea médicamente necesario.

Servicios que Medicare no cubre	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en circunstancias específicas
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta.	Sin cobertura en todos los casos.	
Atención quiropráctica de rutina.		☐ La manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación está cubierta.
Cuidado de rutina de los pies.		☐ Se proporciona determinada cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (p. ej., si tiene diabetes).
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para baja visión. (Consulte el Cuadro de Beneficios Médicos para conocer los servicios de cuidado de la vista cubiertos por nuestro plan).		☐ El examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para las personas después de una cirugía de cataratas.
Servicios que no se consideren razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare.	Sin cobertura en todos los casos.	

CAPÍTULO 5:

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



¿Cómo puede conseguir información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos con receta de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros reúne los requisitos y recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos con receta. Si usted es parte del programa “Ayuda Adicional”, **es posible que parte de la información incluida en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos un documento por separado, conocido como *Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos con Receta* (también llamada Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos o Cláusula Adicional LIS), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente y pídanos la Cláusula Adicional LIS. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este documento).

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, **se explican las reglas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D.** Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para enfermos terminales. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Comuníquese con la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid) para conocer los detalles. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener la información de contacto de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid).

Sección 1.1 Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos si sigue las siguientes reglas básicas:

- ☐ Debe pedir a un proveedor (un médico, dentista u otro proveedor) que le recete el medicamento, cuya receta debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- ☐ El profesional que receta el medicamento no debe estar en las Listas de Exclusión o Prohibición de Medicare.
- ☐ Generalmente, debe usar una farmacia de la red para que le despachen su medicamento. (Consulte la Sección 2, *Despacho de medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- ☐ Su medicamento debe estar incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan (nos referimos a ella como “Lista de Medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar incluidos en la “Lista de Medicamentos” del plan*).
- ☐ Su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos, o con el respaldo de determinadas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Despacho de medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta se cubren *únicamente* si se le despachan en farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre los casos en que cubriríamos medicamentos con receta despachados en farmacias fuera de la red).

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

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 2.2 Farmacias de la red****¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.cignamedicare.com) y/o llamar a Servicio al Cliente.

Es posible que vaya a alguna de las farmacias de nuestra red.

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

Si la farmacia que ha estado usando deja la red del plan, tendrá que buscar una nueva farmacia que esté en la red. Para buscar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicio al Cliente o usar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web, www.cignamedicare.com.

¿Qué debe hacer si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos con receta se deben despachar en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de un centro de cuidados a largo plazo (LTC). Habitualmente, los centros de LTC (como los hogares de ancianos) tienen farmacias propias. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias que participan en el Servicio de Salud Indígena/Tribal/Programa de Salud Indígena Urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en emergencias, solo los americanos nativos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que despachan medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) restringió a determinadas ubicaciones o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Esto rara vez ocurre).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de Proveedores y Farmacias* o llame a Servicio al Cliente.

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

Para determinados tipos de medicamentos, puede usar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través de pedido por correo son los que usted toma de forma regular para afecciones médicas crónicas o a largo plazo.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir **suministros para 30 días, 60 días o 90 días**.

Para obtener información sobre el despacho de medicamentos con receta por correo, visite nuestro sitio web (www.cignamedicare.com) o comuníquese con Servicio al Cliente.

Habitualmente, los pedidos de una farmacia de pedido por correo se le entregarán en un plazo no superior a 14 días. Si la entrega de un paquete de pedido por correo se demora, la farmacia de pedido por correo le ayudará a coordinar un despacho a corto plazo con una farmacia minorista cercana. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para pedir asistencia.

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

La farmacia despachará y enviará automáticamente las recetas nuevas que reciba de proveedores de cuidado de la salud, sin consultarle a usted primero, si:

- ☐ usted usó los servicios de pedido por correo de este plan en el pasado, o
- ☐ usted se inscribe para el envío automático de todas las recetas nuevas recibidas directamente de proveedores de cuidado de la salud. Puede solicitar el envío automático de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento llamando al 1-877-860-0982 (TTY 711) o al registrarse en www.myCigna.com.

Si recibe automáticamente por correo un medicamento con receta que no desea, y no le contactaron para ver si lo quería antes de enviarlo, quizás pueda recibir un reembolso.

Si usó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia despache y envíe automáticamente cada receta nueva, llámenos al 1-877-860-0982 (TTY 711) o al registrarse en www.myCigna.com.

Si nunca usó nuestro servicio de pedido por correo y/o decide interrumpir los despachos automáticos de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de cuidado de la salud para ver si desea que el medicamento se despache y envíe de inmediato. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para indicarles si deben enviar, demorar o cancelar la receta nueva.

Para dejar de participar en el envío automático de recetas nuevas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de la salud, llámenos al 1-877-860-0982 (TTY 711) o al registrarse en www.myCigna.com.

Reposiciones de medicamentos con receta pedidos por correo. Para las reposiciones de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de reposición automática. En este programa, comenzaremos a procesar su próxima reposición automáticamente cuando nuestros registros indiquen que su medicamento debería estar por terminarse. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada reposición para verificar que necesite más medicamentos, y usted podrá cancelar las reposiciones programadas si tiene suficiente medicamento o si la medicación ha cambiado.

Si decide no usar nuestro programa de reposición automática, pero todavía desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su medicamento con receta, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que se agote su medicamento con receta actual. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para dejar de participar en nuestro programa que prepara automáticamente las reposiciones de pedidos por correo, llámenos al 1-877-860-0982 (TTY 711) o al registrarse en www.myCigna.com.

Si recibe una reposición automáticamente por correo que no desea, quizás reúna los requisitos para un reembolso.

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

El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento incluidos en la “Lista de Medicamentos” de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los que toma de forma regular para afecciones médicas crónicas o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. El *Directorio de Proveedores y Farmacias* le indica cuáles son las farmacias de nuestra red que pueden darle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información.
2. Además, puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no es parte de la red del plan?

Es posible que se cubra su medicamento con receta en determinadas situaciones

Por lo general, cubrimos medicamentos que despachó una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio en las que puede despachar sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Consulte primero a Servicio al Cliente** para averiguar si hay una farmacia de la red cerca. Es muy posible que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

A continuación, se indican las situaciones en las que cubriríamos medicamentos con receta que despachó una farmacia fuera de la red:

- ☐ Si viaja fuera del área de servicio del plan y pierde sus medicamentos cubiertos de la Parte D o se le agotan, o se enferma y necesita un medicamento cubierto de la Parte D y no puede acceder a una farmacia de la red.
- ☐ Si no puede obtener un medicamento cubierto de la Parte D de forma oportuna dentro del área de servicio porque, por ejemplo, no hay una farmacia de la red que atienda las 24 horas, los 7 días de la semana, dentro de una distancia razonable para llegar en automóvil.
- ☐ Si debe despachar una receta para un medicamento cubierto de la Parte D, y ese medicamento en particular no se abastece habitualmente en una farmacia de pedido por correo o una farmacia minorista de la red accesible.

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

- ☐ Si una farmacia fuera de la red y basada en una institución despacha medicamentos de la Parte D mientras usted está en el departamento de emergencias, en una clínica de un proveedor o en un establecimiento de cirugía ambulatoria u otro establecimiento de pacientes ambulatorios.

¿Cómo se debe pedir un reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general, deberá pagar el costo completo (en lugar de su costo compartido habitual) cuando se le despache su medicamento con receta. Puede pedirnos que le reembolsemos su parte del costo. (La Sección 2 del Capítulo 7 explica cómo pedirle al plan que le devuelva un pago).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la “Lista de Medicamentos” del plan**Sección 3.1 La “Lista de Medicamentos” indica cuáles son los medicamentos cubiertos de la Parte D**

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de Cobertura*, **nos referimos a ella como “Lista de Medicamentos” para abreviar.**

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

La “Lista de Medicamentos” incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Comuníquese con la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid) para conocer los detalles. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener la información de contacto de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid).

Generalmente, cubriremos un medicamento que esté en la “Lista de Medicamentos” del plan siempre que usted siga las demás reglas de cobertura que se explicaron en este capítulo y que el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que reúne *una* de estas condiciones:

- ☐ Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual se receta.
- ☐ *–O bien–* está respaldado por determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

La “Lista de Medicamentos” incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca comercial del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los típicos (por ejemplo, los medicamentos que se basan en una proteína) se llaman productos biológicos. En la “Lista de Medicamentos”, cuando nos referimos a “medicamentos”, puede significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y biosimilares son tan eficaces como el medicamento de marca o el producto biológico, y generalmente cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

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

Algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid). Nuestra “Lista de Medicamentos” *no* incluye medicamentos cubiertos por Medicaid. Puede comunicarse con la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid) para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener la información de contacto de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid).

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, nosotros hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la “Lista de Medicamentos”. En algunos casos, es posible que usted pueda obtener un medicamento que no esté 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”?

Tiene cuatro maneras de averiguarlo:

1. Revise la “Lista de Medicamentos” más reciente que le enviamos por correo. (Tenga en cuenta lo siguiente: La “Lista de Medicamentos” que le proporcionaremos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan más comúnmente. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la “Lista de Medicamentos” proporcionada. Si uno de sus medicamentos no está incluido en la “Lista de Medicamentos”, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Cliente para averiguar si lo cubrimos).
2. Visite el sitio web del plan (www.cignamedicare.com). La “Lista de Medicamentos” que aparece en el sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame a Servicio al Cliente para averiguar si un medicamento en particular aparece en la “Lista de Medicamentos” del plan o para solicitar una copia de la lista.
4. Use la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” del plan (visite cigna.com/member-resources y seleccione “Buscar un Medicamento o una Farmacia” o llame a Servicio al Cliente). Con esta herramienta, puede buscar medicamentos incluidos en la “Lista de Medicamentos” para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos incluidos en la “Lista de Medicamentos” que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 La cobertura de algunos medicamentos tiene restricciones

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para determinados medicamentos con receta, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo se brinda la cobertura del plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, verifique la “Lista de Medicamentos”. Si un medicamento seguro y de menor costo tiene la misma eficacia que un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarles a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que es posible que un medicamento esté incluido más de una vez en nuestra “Lista de Medicamentos”. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir teniendo en cuenta la concentración, la cantidad o la forma del medicamento que le recetó su proveedor de cuidado de la salud, y es posible que se apliquen diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en lugar de 100 mg; uno por día en lugar de dos por día; en comprimidos en lugar de en líquido).

Sección 4.2 ¿Qué clases de restricciones hay?

En las siguientes secciones encontrará más información sobre las clases de restricciones que usamos para determinados medicamentos.

Si su medicamento tiene alguna restricción, por lo general, esto significa que usted o su proveedor deberán tomar algunas otras medidas para que cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener información sobre lo que usted o su proveedor deberían hacer para obtener cobertura del medicamento. Si quiere pedirnos que la restricción no se aplique en su caso, deberá seguir el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no en que la restricción no se aplique en su caso. (Consulte el Capítulo 9)

Restringir los medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento **genérico** tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y, habitualmente, cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando hay una versión genérica de un medicamento de marca disponible, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos informó el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección resultarán eficaces en su caso, cubriremos el medicamento de marca. (Es posible que su parte del costo sea mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**Obtener aprobación del plan por anticipado**

Usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan para determinados medicamentos antes de que aceptemos cubrirlos. Esto se denomina **autorización previa**. Se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso adecuado de determinados medicamentos. Si no recibe esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por el plan.

Probar primero otro medicamento

Este requisito le alienta a probar medicamentos menos costosos, pero habitualmente con la misma eficacia, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se usan para tratar la misma afección médica y el Medicamento A es más económico, es posible que el plan requiera que usted pruebe el Medicamento A en primer lugar. Si el Medicamento A no resulta eficaz, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar primero otro medicamento se llama **tratamiento escalonado**.

Límites a la cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede obtener cada vez que se lo despachen. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solamente un comprimido por día de un medicamento determinado, es posible que limitemos la cobertura de su medicamento a un máximo de un comprimido por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted espera?**Sección 5.1 Hay medidas que puede tomar si su medicamento no tiene la cobertura que usted espera**

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

- ☐ Es posible que el medicamento no tenga ninguna cobertura. O tal vez, la versión genérica del medicamento esté cubierta, pero no la versión de marca que usted desea tomar.
- ☐ El medicamento está cubierto, pero hay otras reglas o restricciones para la cobertura de ese medicamento, según lo explicado en la Sección 4.

Hay medidas que puede tomar si su medicamento no tiene la cobertura que usted espera.

- ☐ Si su medicamento no está en la “Lista de Medicamentos” o si su medicamento tiene una restricción, consulte la Sección 5.2 para obtener más información sobre lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la “Lista de Medicamentos” o si tiene algún tipo de restricción?

Si su medicamento no está en la “Lista de Medicamentos” o está restringido, hay opciones:

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

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En algunos casos, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo de hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué debe hacer.

Para reunir los requisitos para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **no debe estar más en la “Lista de Medicamentos” del plan O debe tener ahora alguna restricción.**

- ☐ **Si usted es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- ☐ **Si usted estaba en el plan el año anterior**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- ☐ Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si la receta indica menos días, permitiremos múltiples despachos para brindar un suministro del medicamento para un máximo de 30 días. Es necesario que una farmacia de la

red despache el medicamento con receta. (Tenga en cuenta que es posible que la farmacia de cuidados a largo plazo proporcione el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez que lo despache, para evitar desperdiciar).

□ En el caso de miembros que hayan sido parte del plan durante más de 90 días, que residan en un centro de cuidados a largo plazo y que necesiten un suministro de inmediato:

Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento en particular, o menos si la receta indica menos días. Esto se suma al suministro temporal mencionado arriba.

□ A fin de contemplar las transiciones imprevistas de miembros sin tiempo para planificar de antemano, como los cambios en el nivel de atención debido al alta de un hospital para ser trasladado a un centro de cuidados o a un hogar de ancianos, cubriremos un suministro temporal para 30 días.

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

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

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para saber si el plan cubre otro medicamento que pueda tener la misma eficacia en su caso. Puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que se usen para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría resultar eficaz para usted.

2) Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y que cubra el medicamento como usted espera. Si su proveedor afirma que usted tiene motivos médicos que justifican el pedido de excepción, puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, 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 que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9, se le indica qué debe hacer. En esta sección, se explican los procedimientos y las fechas límite que Medicare establece para asegurarse de que su solicitud se gestione en forma inmediata y justa.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La “Lista de Medicamentos” puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen al principio de cada año (el 1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer cambios en la “Lista de Medicamentos”. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la “Lista de Medicamentos”.**
- **Agregar o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica.**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la “Lista de Medicamentos” del plan.

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

Información acerca de cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la “Lista de Medicamentos”, publicamos la información sobre dichos cambios en nuestro sitio web. Actualizaremos nuestra “Lista de Medicamentos” en línea regularmente. A continuación, detallamos las ocasiones en las que recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que usted esté tomando.

Cambios en la cobertura de medicamentos que pueden afectarlo durante el año actual del plan:

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza un medicamento de marca de la “Lista de Medicamentos” (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambas cosas)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra “Lista de Medicamentos” si lo reemplazamos por una nueva versión genérica aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparece en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones. Es posible que decidamos conservar

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

el medicamento de marca en nuestra “Lista de Medicamentos”, pero lo pasemos inmediatamente a un nivel de costos compartidos más elevado o agreguemos nuevas restricciones, o ambas cosas, cuando se agregue el nuevo medicamento genérico.

- Quizás no le informemos con anticipación que haremos ese cambio, incluso si usted está tomando el medicamento de marca.
- Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hagamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para que se cubra el medicamento de marca. Quizás no reciba esta notificación antes de que hagamos el cambio.
- Usted o su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

❑ Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la “Lista de Medicamentos” que se retiren del mercado

- En ocasiones, un medicamento puede considerarse inseguro o se lo puede retirar del mercado por otro motivo. De ser así, podemos eliminar el medicamento de inmediato de la “Lista de Medicamentos”. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos el cambio de inmediato.
- Su proveedor también estará al tanto de este cambio y podrá trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

❑ Otros cambios en los medicamentos de la “Lista de Medicamentos”

- Es posible que una vez que el año haya comenzado, hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando. Por ejemplo, quizás agreguemos un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca de la “Lista de Medicamentos” o cambiemos el nivel de costo compartido o agreguemos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas. Quizás también hagamos cambios en función de los recuadros de advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
- Para estos cambios, debemos notificarle el cambio con una anticipación de al menos 30 días o notificarle el cambio y darle una reposición para 30 días del medicamento que esté tomando en una farmacia de la red.
- Una vez que reciba la notificación del cambio, debe consultar al profesional que le recete el medicamento para cambiarlo por otro medicamento que cubramos o para cumplir con cualquier restricción nueva sobre el medicamento que esté tomando.
- Usted o su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento. 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

Es posible que hagamos determinados cambios en la Lista de Medicamentos que no son los descritos anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a su caso si está tomando el medicamento cuando se haga el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente le afectarán a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- ❑ Establecemos una nueva restricción para su uso del medicamento.
- ❑ Eliminamos su medicamento de la “Lista de Medicamentos”.

Si se produce alguno de estos cambios en relación con un medicamento que usted esté tomando (excepto un retiro del mercado, un reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted pague como su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción nueva 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” del siguiente año del plan (si la lista está disponible durante el período de inscripción abierta) para conocer si hay algún cambio en los medicamentos que esté tomando que le afectará durante el siguiente año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le informa los tipos de medicamentos con receta que están **excluidos**. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

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

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

- ☐ La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que cubrirían la Parte A o la Parte B de Medicare.
- ☐ Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- ☐ Por lo general, nuestro plan no puede cubrir un uso no aprobado. El uso no aprobado es cualquier uso del medicamento que no sea el que se indica en su etiqueta, según lo aprobó la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- ☐ La cobertura para un uso no aprobado se permite únicamente cuando dicho uso es respaldado por determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos enumeradas a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted mediante su cobertura de medicamentos de Medicaid. Para más información acerca de si alguno de los medicamentos de las categorías más abajo está cubierto por Medicaid, puede contactar con la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid) para conocer los detalles. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener la información de contacto de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid).

- ☐ Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- ☐ Medicamentos que se usan para aumentar la fertilidad
- ☐ Medicamentos que se usan para aliviar los síntomas de un resfrío o la tos
- ☐ Medicamentos que se usan con fines estéticos o para promover el crecimiento capilar
- ☐ Productos minerales y vitaminas con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con flúor
- ☐ Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual
- ☐ Medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia, el adelgazamiento o el aumento de peso
- ☐ Medicamentos para pacientes ambulatorios respecto de los cuales el fabricante procura imponer como condición de venta que se le deben comprar exclusivamente las pruebas o los servicios de monitoreo asociados

Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos con receta, el programa “Ayuda Adicional” no pagará los medicamentos que no se cubran normalmente. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, es posible que su programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos con receta que no se cubran habitualmente en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Despacho de medicamentos con receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para que le despachen un medicamento con receta, proporcione la información de membresía del plan (que puede encontrar en su tarjeta de membresía) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte de los costos de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su medicamento con receta.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su información de membresía a mano?**

Si no tiene a mano la información de membresía del plan cuando le despachen su medicamento con receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria o usted puede pedir en la farmacia revisar la información de inscripción del plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo completo del medicamento con receta cuando lo retire.** (Luego, puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo pedir un reembolso al plan).

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales**Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de cuidados especiales por una estadía cubierta por el plan?**

Si le admiten en un hospital o en un centro de cuidados especiales para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Una vez que abandone el hospital o centro de cuidados especiales, el plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre que los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas para la cobertura que se describen en este Capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted vive en un centro de cuidados a largo plazo?

Habitualmente, los centros de cuidados a largo plazo (LTC) (como los hogares de ancianos) tienen farmacias propias o usan farmacias que suministran medicamentos a todos sus residentes. Si usted vive en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la que este utilice, siempre que sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de Proveedores y Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que usa es parte de nuestra red. Si no lo es o si necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicio al Cliente. Si está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir habitualmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si usted vive en un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra “Lista de Medicamentos” o tiene alguna restricción?

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

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un plan colectivo de jubilados o de un empleador?

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través de un seguro colectivo de jubilados o de su empleador (o el de su cónyuge o conviviente), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese seguro colectivo.** Esta persona puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos con receta actual con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de seguro colectivo de empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que reciba de nosotros será *secundaria* respecto de la cobertura de su seguro colectivo. Esto significa que su cobertura en virtud de un seguro colectivo pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Su seguro colectivo de jubilados o de su empleador debería enviarle todos los años una notificación para indicarle si su cobertura de medicamentos con receta para el siguiente año calendario es acreditable.

Si la cobertura del plan colectivo es acreditable, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare.

Mantenga esta notificación sobre cobertura acreditable, porque es posible que la necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluya cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite esta notificación para demostrar que usted mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió la notificación sobre cobertura acreditable, solicite una copia a través de su administrador de beneficios del plan de jubilados o del empleador o través del empleador o el sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si está en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?

Los servicios para enfermos terminales y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro para enfermos terminales de Medicare y requiere determinados medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su centro para enfermos terminales porque no están vinculados con su enfermedad terminal ni afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que recete el medicamento o de su proveedor del centro para enfermos terminales que indique que el medicamento no está relacionado para que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la obtención de estos medicamentos que nuestro plan debe cubrir, pídale a su proveedor del centro para enfermos terminales u otro profesional que le recete el medicamento que proporcione una notificación antes de que se le despache el medicamento con receta.

En el caso de que revoque su elección de centro para enfermos terminales o reciba el alta de un centro para enfermos terminales, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos según se explicó en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando finalice su beneficio para enfermos terminales de Medicare, lleve documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos**Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura**

Llevamos a cabo revisiones del uso de medicamentos para nuestros miembros a fin de ayudar a asegurar que estén recibiendo un cuidado adecuado y seguro.

Hacemos una revisión cada vez que a usted le despachan un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros en forma regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, por ejemplo:

- ☐ Posibles errores en la medicación
- ☐ Medicamentos que quizás no sean necesarios porque usted está tomando otro medicamento para tratar la misma afección
- ☐ Medicamentos que es posible que no sean seguros o adecuados debido a su edad o sexo
- ☐ Determinadas combinaciones de medicamentos que podrían resultar perjudiciales si los toma al mismo tiempo
- ☐ Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- ☐ Posibles errores en la cantidad (la dosis) de un medicamento que está tomando
- ☐ Cantidades inseguras de analgésicos opioides

Si identificamos un posible problema en el uso de sus medicamentos, trabajaremos con el proveedor para corregirlo.

Sección 10.2 Programa de Gestión de Medicamentos para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a los miembros a usar de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos de los que se suele abusar. Este programa se llama Programa de Gestión de Medicamentos (DMP). Si usted usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo recientemente una sobredosis de opioides, es posible que conversemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Junto con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas puede no ser seguro, podremos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- ☐ Exigirle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas a través de determinada(s) farmacia(s)
- ☐ Exigirle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas a través de determinado(s) médico(s)
- ☐ Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por anticipado. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos, o si usted deberá obtener las recetas de estos medicamentos únicamente de un médico o una farmacia en particular. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y de brindarnos cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de haberle

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

dado la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su proveedor tienen derecho a apelar. Si usted apela, revisaremos su caso y le informaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información acerca de cómo solicitar una apelación.

No se lo incluirá en nuestro DMP si tiene determinadas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o una enfermedad drepanocítica, si se está atendiendo en un centro para enfermos terminales, está recibiendo cuidados paliativos o atención para enfermos terminales, o si vive en un centro de cuidados a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Administración de Farmacoterapia para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Farmacoterapia (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para que nos ayude a garantizar 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 están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, podrían reunir los requisitos para recibir servicios a través de un programa de MTM. Si usted reúne los requisitos para acceder al programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista recomendada que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que esté tomando, la cantidad que debe tomar y cuándo y por qué motivo debe tomarlos. Además, los miembros que formen parte de un programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Le recomendamos que hable con su médico sobre su lista recomendada de pasos a seguir y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a su visita o en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud. También lleve su lista de medicamentos (con su identificación, por ejemplo) actualizada si visita un hospital o una sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos en el programa automáticamente y le enviaremos información. Si decide no participar, debe notificarlo y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente.

CAPÍTULO 6:

**¿Cómo puede conseguir información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos con receta de la Parte D?**

La mayoría de nuestros miembros reúne los requisitos y recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos con receta. Si usted es parte del programa “Ayuda Adicional”, **es posible que parte de la información incluida en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos un documento por separado, conocido como *Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos con Receta* (también llamada Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos o Cláusula Adicional LIS), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente y pídanos la Cláusula Adicional LIS.

SECCIÓN 1 Introducción**Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos**

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para facilitar la explicación, en este capítulo utilizamos la palabra “medicamento” para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. Como se ha explicado en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están excluidos de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, o por Medicaid.

Para comprender la información de pago, debe conocer cuáles son los medicamentos cubiertos, dónde se despachan sus medicamentos con receta y qué reglas seguir cuando obtiene medicamentos cubiertos. En las Secciones 1 al 4 del Capítulo 5 se explican estas reglas. Cuando usa la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte la Sección 3.3 del Capítulo 3), el costo se muestra en “tiempo real”, lo que significa que el costo que consulta en la herramienta refleja un momento particular para brindarle una estimación de los costos de desembolso que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” llamando a Servicios a los Miembros.

Sección 1.2 Tipos de costos de desembolso que usted podría pagar por los medicamentos cubiertos

Hay diferentes tipos de costos de desembolso para los medicamentos de la Parte D. La cantidad que usted paga por un medicamento se denomina costo compartido, y se le puede pedir que pague de tres formas.

- ☐ El **deducible** es la cantidad que usted debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- ☐ El **copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que se le despacha un medicamento con receta.
- ☐ El **coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que se le despacha un medicamento con receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus costos de desembolso

Medicare tiene reglas sobre lo que se computa y lo que *no* se computa como costos de desembolso para usted. A continuación, se incluyen las reglas que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de sus costos de desembolso.

Estos pagos están incluidos en sus costos de desembolso

Sus costos de desembolso incluyen los pagos que aparecen a continuación, siempre que sean por medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5:

- ☐ La cantidad que usted paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de Deducible
 - La Etapa de Cobertura Inicial
 - La Etapa de Interrupción de Cobertura

- ☐ Los pagos que usted hizo durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare antes de unirse a nuestro plan.

Quién paga es importante:

- ☐ Si **usted mismo** hace estos pagos, estos están incluidos en sus costos de desembolso.
- ☐ Estos pagos *también están incluidos* en sus costos de desembolso si **determinadas personas u organizaciones** realizan estos pagos en su nombre. Esto incluye pagos por sus medicamentos que haya hecho un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones benéficas, Programas de Asistencia para Medicamentos para el SIDA o el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos realizados por el Programa “Ayuda Adicional” de Medicare.
- ☐ Algunos pagos realizados por el Programa de Descuentos para Interrupción de Cobertura de Medicare están incluidos en sus costos de desembolso. La cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca está incluida. Pero la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Paso a la Etapa de Cobertura de Gastos Excedentes

Cuando usted (o quienes paguen en su nombre) haya(n) gastado un total de \$8,000 en costos de desembolso en el año calendario, pasará de la Etapa de Interrupción de Cobertura a la Etapa de Cobertura de Gastos Excedentes.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de desembolso

Sus costos de desembolso **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- ☐ Su prima mensual.
- ☐ Medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- ☐ Medicamentos que no cubre nuestro plan.
- ☐ Medicamentos que compre en una farmacia fuera de la red que no cumplan con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- ☐ Medicamentos que no son de la Parte D, como medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B, y otros medicamentos que Medicare excluyó de la cobertura.
- ☐ Pagos que usted haga por medicamentos con receta que no suelen estar cubiertos en un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare.
- ☐ Pagos que hizo el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras usted estaba en la Etapa de Interrupción de Cobertura.
- ☐ Pagos por sus medicamentos que hicieron planes de salud colectivos, como los planes de salud de un empleador.
- ☐ Pagos por sus medicamentos que hicieron determinados planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos.
- ☐ Pagos por sus medicamentos que hizo un tercero con una obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, en virtud de un Seguro de Accidentes de Trabajo).

Recordatorio: Si alguna otra organización como las mencionadas paga sus costos de desembolso de medicamentos, en todo o en parte, debe comunicar esto a nuestro plan llamando a Servicio al Cliente.

¿Cómo puede hacer un seguimiento del total de su desembolso?

- ☐ **Lo ayudaremos.** El informe Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D que recibe incluye la cantidad actual de sus costos de desembolso. Cuando esta cantidad alcance la suma de \$8,000, este informe le indicará que pasó de la Etapa de Interrupción de Cobertura a la Etapa de Cobertura de Gastos Excedentes.
- ☐ **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2, se indica lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que usted gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa en el pago de medicamentos en la que se encuentre al recibir el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas en el pago de medicamentos para los miembros de nuestro plan?

Nuestro plan tiene cuatro **etapas en el pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos con receta proporcionada en nuestro plan. La cantidad que usted paga depende de la etapa en la que se encuentre en el momento del despacho o la reposición de un medicamento con receta. Los detalles de cada etapa se describen en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Estas son las etapas.

Etapas:

- Etapas:**

- Etapas:**

- Etapas:**

- Etapas:**

Dado que este plan participa en el Modelo de Diseño del Seguro Basado en el Valor (VBD), su costo compartido de la Parte D será de \$0 cuando reúna los requisitos para recibir ayuda adicional. Usted pagará \$0 por los medicamentos con receta cubiertos por Medicare, independientemente del nivel de subsidio por bajos ingresos (LIS) en el que se encuentre.

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado Explicación de Beneficios de la Parte D (la EOB de la Parte D)

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que usted hizo cuando se le despacharon o repusieron medicamentos con receta en la farmacia. De esta forma, podemos decirle si pasó de una etapa en el pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los cuales hacemos un seguimiento:

- Hacemos un seguimiento de cuánto pagó. Esto se llama **Costos de Desembolso**.
- Hacemos un seguimiento de los **Costos Totales de sus Medicamentos**. Esta es la cantidad de desembolso que pagan usted u otros en su nombre, más la cantidad que paga el plan.

Si le despacharon uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una EOB de la Parte D. La EOB de la Parte D incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe proporciona los detalles del pago de los medicamentos con receta que se le despacharon durante el mes anterior. Indica los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagaron usted u otros en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se llama información del año hasta la fecha. Indica los costos totales y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información de precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre los aumentos en el precio respecto del primer despacho correspondiente a cada reclamo de la misma cantidad de medicamento con receta.
- **Medicamentos alternativos de menor costo disponibles.** Esta sección incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamo de medicamentos con receta.

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

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos realizados por usted, usamos registros que nos envían las farmacias. A continuación, le indicamos cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando le despachen un medicamento con receta.** Esto nos permite asegurarnos de que tenemos información sobre los medicamentos con receta que le están despachando y lo que usted está pagando.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que usted pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus costos de desembolso. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus costos de desembolso, envíenos copias de estos recibos. A continuación, se brindan ejemplos de situaciones en las que debería enviarnos copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando hizo un copago por medicamentos que se brindan en virtud de un programa de asistencia para pacientes de un fabricante de medicamentos.
 - En cualquier ocasión en que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras ocasiones en que haya pagado el precio total por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Si se le factura un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas hayan hecho por usted.** Los pagos realizados por algunas otras personas y organizaciones determinadas también se computan para sus costos de desembolso. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas se computan para sus costos de desembolso. Conserve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviemos.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llámenos al Servicio al Cliente. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo de sus medicamentos

Como la mayoría de nuestros miembros obtiene “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, la Etapa de Deducible no se aplica a la mayoría de los miembros. Si recibe “Ayuda Adicional”, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Consulte el documento enviado por separado (“Cláusula adicional LIS”) para obtener más información acerca de su deducible.

Si no recibe “Ayuda Adicional”, la Etapa de Deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando le despachan su primer medicamento con receta del año. Cuando esté en esta etapa de pago, **usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance la cantidad del deducible del plan, que es de \$545 para 2024. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes y el tétanos y las vacunas para viajes. El **costo total** suele ser menor que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos inferiores para la mayoría de los medicamentos que se despachan en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado \$545 por sus medicamentos, saldrá de la Etapa de Deducible y pasará a la Etapa de Cobertura Inicial.

Dado que este plan participa en el Modelo de Diseño del Seguro Basado en el Valor (VBID), su costo compartido de la Parte D será de \$0 cuando reúna los requisitos para recibir ayuda adicional. Usted pagará \$0 por los medicamentos con receta cubiertos por Medicare, independientemente del nivel de subsidio por bajos ingresos (LIS) en el que se encuentre.

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

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde se lo despache

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga la suya (la cantidad de su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde se lo despache.

Sus opciones de farmacias

La cantidad que usted paga por un medicamento depende de si lo compra en:

- Una farmacia minorista de la red

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

- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos medicamentos con receta despachados en farmacias fuera de la red en situaciones limitadas únicamente. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para averiguar en qué casos cubriremos un medicamento con receta despachado en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y sobre el despacho de sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de Proveedores y Farmacias* del plan.

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos para un suministro para *un mes* de un medicamento

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro. Su parte del costo cuando recibe un suministro *para un mes* de un medicamento con receta cubierto por la Parte D:

Nivel	Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red) (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costo compartido de cuidados a largo plazo (LTC) (suministro para un máximo de 31 días)	Fuera de la Red costos compartidos (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (Suministro para un máximo de 30 días)
Nivel 1 de Costo Compartido (Todos los Medicamentos del Formulario)	25% o \$0/\$1.55/\$4.50* por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos que se traten como genéricos) \$0/\$4.60/\$11.20* por todos los demás medicamentos	25% o \$0/\$1.55/\$4.50* por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos que se traten como genéricos) \$0/\$4.60/\$11.20* por todos los demás medicamentos	25% o \$0/\$1.55/\$4.50* por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos que se traten como genéricos) \$0/\$4.60/\$11.20* por todos los demás medicamentos	25% o \$0/\$1.55/\$4.50* por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos que se traten como genéricos) \$0/\$4.60/\$11.20* por todos los demás medicamentos

* Los costos compartidos se basan en su nivel de “Ayuda Adicional”.
Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D para vacunas de la Parte D.

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

Habitualmente, la cantidad que usted paga por un medicamento con receta cubre un suministro para un mes completo. En algunas ocasiones, usted o su médico pueden creer que es más conveniente que se le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez). También puede pedirles a su médico que le recete, y a su farmacéutico que despache, un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de reposición de diferentes medicamentos con receta.

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

- Si usted debe pagar un coseguro, pagará un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será más bajo.

- Si usted debe pagar un copago por el medicamento, solo pagará la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar de un mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (la tasa de costo compartido diario) y la multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

Sección 5.4

Una tabla que muestra sus costos para un suministro a largo plazo (90 días) de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro para 90 días. (Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

En la siguiente tabla se muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento.

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

Nivel	Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para 90 días)
Nivel 1 de Costo Compartido (Todos los Medicamentos del Formulario)	25% o \$0/\$1.55/\$4.50*	25% o \$0/\$1.55/\$4.50*
	por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos que se traten como genéricos)	por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos que se traten como genéricos)
	\$0/\$4.60/\$11.20*	\$0/\$4.60/\$11.20*
	por todos los demás medicamentos	por todos los demás medicamentos

* Los costos compartidos se basan en su nivel de “Ayuda Adicional”.

Sección 5.5

Usted permanecerá en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos para el año alcancen los \$5,030

Usted permanecerá en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la cantidad total por los medicamentos con receta que le despacharon alcance el **límite de \$5,030 para la Etapa de Cobertura Inicial**.

La EOB de la Parte D que recibe le ayudará a hacer un seguimiento de cuánto gastaron usted, el plan y cualquier tercero en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$5,030 en un año.

Le informaremos si alcanza esta cantidad. Si alcanza esta cantidad, dejará la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Interrupción de Cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus costos de desembolso.

SECCIÓN 6

Costos en la Etapa de Interrupción de Cobertura

Como la mayoría de nuestros miembros obtiene “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, la Etapa de Interrupción de Cobertura no se aplica a la mayoría de los miembros. Si recibe “Ayuda Adicional”, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Si no recibe “Ayuda Adicional”, la Etapa de Interrupción de Cobertura es la tercera etapa de pago para su cobertura de medicamentos.

Cuando usted está en la Etapa de Interrupción de Cobertura, el Programa de Descuentos para Interrupción de Cobertura de Medicare brinda descuentos de fabricantes sobre medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte del cargo por el despacho de los medicamentos de marca. Tanto la cantidad que pague usted como la cantidad descontada por el fabricante se computarán para sus costos de desembolso como si los hubiera pagado, y esto le permitirá salir de la Etapa de Interrupción de Cobertura.

También recibirá algo de cobertura para los medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos, y el plan paga el resto. Solo la cantidad que usted pague se computa y le permite salir de la Etapa de Interrupción de Cobertura.

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

Usted sigue pagando estos costos hasta que sus pagos de desembolso anuales alcancen una cantidad máxima que Medicare estableció. Una vez que alcance la cantidad de \$8,000, pasará de la Etapa de Interrupción de Cobertura a la Etapa de Cobertura de Gastos Excedentes.

Medicare tiene reglas sobre lo que se computa y lo que *no* se computa como costos de desembolso (Sección 1.3).

Los requisitos de coseguro de la Etapa de Interrupción de Cobertura no se aplican a los productos de insulina cubiertos de la Parte D ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes o el tétanos y las vacunas para viajes.

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

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y los costos compartidos para vacunas de la Parte D.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura de Gastos Excedentes, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted ingresa en la Etapa de Cobertura de Gastos Excedentes cuando sus costos de desembolso alcanzan el límite de \$8,000 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de Cobertura de Gastos Excedentes, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las reciba

Mensaje Importante sobre lo que Usted Paga por las Vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la “Lista de Medicamentos” del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted incluso si usted no ha pagado su deducible. Consulte la “Lista de Medicamentos” de su plan o comuníquese con Servicio al Cliente para obtener información sobre las vacunas específicas y los costos compartidos.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D tiene dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **aplicarle la vacuna**. (A veces, esto se llama la administración de la vacuna).

Sus costos para una vacuna de la Parte D dependen de tres cosas:

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

- 1. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).**
 - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no le significan ningún costo.
- 2. El lugar dónde la recibe.**
 - La vacuna en sí misma puede despacharse en una farmacia o en el consultorio del médico.
- 3. Quién le aplica la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor puede aplicarle la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede aplicársela en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento en que recibe la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa en el pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- A veces, cuando le apliquen la vacuna, tendrá que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor se la administre. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otras ocasiones, cuando reciba una vacuna, pagará solo su parte del costo en virtud de su beneficio de la Parte D. No pagará nada por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.

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

- Situación 1:* Le administran la vacuna de la Parte D en la farmacia y se la aplican en la farmacia de la red. (Esta opción estará disponible según el lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).
- No pagará nada por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.
 - Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia la cantidad de su coseguro o copago por la vacuna en sí, incluido el costo de la administración.
 - Nuestro plan paga el resto del costo.
- Situación 2:* Le administran la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.
- Cuando reciba la vacuna, quizás deba pagar el costo total de la vacuna y su administración.
 - Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo siguiendo los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
 - Para las vacunas de la Parte D para la mayoría de los adultos, se le reembolsará el costo total de lo que pagó. En el caso de otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración).
- Situación 3:* Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se la administran.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
 - Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia la cantidad de su coseguro o copago por la vacuna en sí.
 - Cuando su médico le administre la vacuna, podría tener que pagar el costo total de este servicio.
 - Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo siguiendo los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
 - Para las vacunas de la Parte D para la mayoría de los adultos, se le reembolsará el costo total de lo que pagó. En el caso de otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier copago o coseguro por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

Nuestros proveedores de red facturan al plan directamente por sus servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de atención médica o medicamentos recibidos, debería mandarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos mande la factura, analizaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya ha pagado por un servicio o artículo de Medicaid cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva lo que pagó (la devolución de un pago suele llamarse “reembolso”). Usted tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero cuando usted pagó una parte mayor a la que le corresponde del costo de servicios médicos o medicamentos que cubre nuestro plan. Puede haber fechas límite que debe cumplir para que se le devuelva el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos mande una factura que ya ha pagado, analizaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le devolveremos lo que pagó por los servicios o medicamentos.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de atención médica que recibió o posiblemente por una parte que excede su costo compartido tal como se mencionó en el documento. En primer lugar, intente resolver el problema de facturación con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura a nosotros en lugar de pagarla. Nosotros analizaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagar, notificaremos al proveedor. Usted nunca debe pagar más que los costos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor tiene contrato, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

A continuación, encontrará ejemplos de situaciones en las que es posible que deba pedirle a nuestro plan que le devuelva dinero o que pague una factura que recibió:

1. Cuando recibió atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no está en la red del plan

Puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, ya sea que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos, pídale al proveedor que le facture al plan.

- ☐ Si paga la cantidad completa usted mismo en el momento en que recibe los servicios de cuidado de la salud, pídanos que le devolvamos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho.
- ☐ Es posible que reciba una factura del proveedor mediante la cual le pida un pago que usted piensa que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se le adeuda un pago al proveedor, le pagaremos al proveedor directamente.
 - Si ya pagó una cantidad del costo del servicio mayor a la que le corresponde, determinaremos cuánto adeudaba y le devolveremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red deberán facturar siempre al plan directamente. Pero, a veces, cometen errores y le piden que pague más que su parte del costo.

- ☐ Cuando recibe servicios cubiertos, solo debe pagar la cantidad que le corresponde de los costos compartidos. No permitimos que los proveedores sumen otros cargos separados, llamado **facturación de saldo**. Esta protección (que usted nunca pague más que su cantidad de costo compartido) se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos determinados cargos del proveedor. No permitimos que los proveedores le facturen servicios cubiertos. Nosotros les pagamos directamente a nuestros proveedores y le protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso cuando le pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por el servicio.
- ☐ Si recibe una factura de un proveedor de la red que piensa que es por una cantidad superior a la que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- ☐ Si ya le ha pagado una factura al proveedor de la red, pero cree que ha pagado demasiado, envíenos la factura con la documentación del pago que ha realizado. Debe pedirnos que le devolvamos la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que adeudaba en virtud del plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya pasó. Incluso es posible que la fecha de inscripción haya sido el año anterior).

Si se lo inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó costos de desembolso por alguno de sus medicamentos o servicios cubiertos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le devolvamos nuestra parte de los costos. Deberá enviar documentación, como recibos y facturas, para que nosotros gestionemos el reembolso.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para que le despachen un medicamento con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos el reclamo directamente a nosotros. Si eso sucede, tendrá que pagar el costo completo de su medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos el dinero equivalente a nuestra parte del costo. Recuerde que únicamente cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para conocer estas circunstancias.

5. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento con receta porque no tiene a mano la tarjeta de membresía del plan

Si no tiene a mano la tarjeta de membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener inmediatamente la información de inscripción que necesita, es posible que usted deba pagar el costo completo del medicamento con receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos el dinero equivalente a nuestra parte del costo.

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

Es posible que usted deba pagar el costo completo de un medicamento con receta porque se entera de que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- ☐ Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan, o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que considera que no debería aplicarse en su caso. Si decide comprar el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo completo.
- ☐ Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos el dinero. En algunas situaciones, es posible que debamos pedirle más información a su médico para poder devolverle nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos mande una solicitud de pago, analizaremos su solicitud y decidiremos si los servicios o medicamentos se deben cubrir. A esto se le llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos por nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento tiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió

Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y documentación de cualquier pago que haya realizado. Le recomendamos que haga una copia de su factura y sus recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamo dentro de los 12 meses para los servicios o artículos médicos, o dentro de los 3 años para los medicamentos con receta**, a partir de la fecha en que reciba el servicio, el artículo o el medicamento.

Para asegurarse de estar proporcionándonos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para realizar su solicitud de pago.

- ☐ No está obligado a usar el formulario, pero le ayudará a procesar la información más rápido. Incluya detalles con su solicitud, como su nombre, información de contacto, fecha y lugar del servicio, servicio recibido y nombre del Proveedor.
- ☐ Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.CignaMedicare.com/forms) o llame a Servicio al Cliente para solicitar el formulario.

Envíenos su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo a la siguiente dirección:

Para Reclamos de la Parte C (Servicios Médicos)
Cigna Healthcare
Attn: Direct Member Reimbursement, Medical Claims
P.O. Box 20002
Nashville, TN 37202

Para Reclamos de la Parte D (Medicamentos con Receta)
Cigna Healthcare
Attn: Medicare Part D
P.O. Box 14718
Lexington, KY 40512-4718

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y daremos una respuesta afirmativa o negativa

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento, y cuánto adeudamos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos que nos proporcione más información. 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 siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si todavía no pagó el servicio o el medicamento, enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- ☐ Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del servicio o el medicamento. Le enviaremos una carta en la cual se explicarán los motivos por los que no enviamos el pago que solicitó y sus derechos a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le indicamos que no pagaremos la totalidad o una parte del medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si piensa que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con la cantidad que pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

El proceso de apelación es un proceso formal con fechas límite importantes y procedimientos detallados. 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 la información de manera que la entienda bien y que sea consistente con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)**

Su plan tiene la obligación de asegurarse de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera culturalmente competente y sean accesibles a todos los afiliados, incluidos los que tienen dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o personas con antecedentes culturales y étnicos diversos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos darle de manera gratuita información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos si lo necesita. Tenemos la obligación de darle la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para que le proporcionemos información de manera que la entienda bien, llame a Servicio al Cliente.

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceder de forma directa a un especialista en salud femenina dentro de la red para los servicios de cuidado de la salud preventivo y de rutina.

Si dentro de la red del plan no hay disponibilidad de un proveedor para una especialidad, es responsabilidad del plan buscar un proveedor de dicha especialidad fuera de la red que le brinde la atención médica que necesita. En este caso, usted solo paga los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay un especialista dentro de la red del plan que cubra un servicio que necesita, llame al plan para pedir información sobre dónde debe ir para obtener dicho servicio dentro de la red, con costos compartidos.

Si tiene algún problema para recibir la información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para iniciar un procedimiento de queja formal a través de nuestro departamento de Quejas de los Miembros (los números de teléfono están impresos en la información de contacto de Quejas Respecto de la Atención Médica en la Sección 1 del Capítulo 2 de este documento). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4224) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportunamente a sus servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) de la red del plan para que le brinde y organice los servicios cubiertos. Usted también tiene derecho a consultar a un especialista en salud femenina (como un ginecólogo) y proveedores de salud del comportamiento sin una referencia.

También tiene derecho a recibir atención que no sea de emergencia cuando el consultorio de su PCP esté cerrado. Si necesita hablar con su PCP o recibir atención médica cuando el consultorio del PCP esté cerrado, y no se trata de una emergencia médica, llame al PCP al número de teléfono que aparece en su tarjeta de membresía. Siempre habrá un médico de turno para ayudarlo. El Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (TRS) brinda un servicio de retransmisión para personas sordas y con dificultades de audición, o para personas con trastornos del habla y del lenguaje. Marque 711. El TRS le ayudará a comunicarse con su PCP.

Usted tiene derecho a recibir citas y servicios cubiertos de los proveedores de la red del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios de especialistas en forma oportuna cuando necesite esa atención. Usted también tiene derecho a que se le despachen o repongan sus medicamentos con receta en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.

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

Evaluación de Nuevas Tecnologías de Cigna Healthcare

Nos enorgullece brindarles a nuestros clientes los mejores beneficios médicos y farmacéuticos disponibles. Nuestro Comité de Pautas Clínicas y nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica revisan cuidadosamente los nuevos medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos y conductuales como posibles beneficios adicionales para nuestros clientes. El Comité de Farmacia y

Terapéutica está integrado por médicos y farmacéuticos en ejercicio, y por nuestros Directores Médicos. Juntos, estos profesionales revisan los medicamentos nuevos mientras evalúan las pautas clínicas disponibles, la medicina basada en evidencias y estudios farmacoeconómicos. El Comité de Pautas Clínicas está integrado por nuestros directores médicos, farmacéuticos y especialistas en salud del comportamiento. Este comité evalúa tecnologías médicas y conductuales revisando los datos pertinentes, como las pautas basadas en evidencias, los datos de seguridad, la información apropiada de los CMS y otra información reglamentaria, y la opinión de especialistas expertos. En función de estas revisiones, los comités luego votan qué medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos y conductuales ofrecer que se consideren eficaces y eficientes, y que proporcionarán el mayor beneficio para nuestros clientes.

Sección 1.3 Protegemos la privacidad de su información personal de salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historial médico y de su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigen estas leyes.

- ☐ La información personal de salud incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan y su historial médico, y otra información médica y vinculada con la salud.
- ☐ Usted tiene derechos relacionados con su información y control sobre la forma en que se utiliza su información sobre la salud. Le enviamos una notificación escrita, llamada *Notificación de Prácticas de Privacidad*, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información sobre la salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información sobre la salud?

- ☐ Nos aseguramos de que las personas que no están autorizadas no puedan ver ni cambiar sus registros.
- ☐ Excepto por las circunstancias indicadas a continuación, si pretendemos darle su información sobre la salud a cualquier persona que no le esté brindando los cuidados o pagando por sus cuidados, *tenemos la obligación de primero obtener su permiso escrito o el de alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre.*
- ☐ Hay determinadas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso escrito. La ley permite o exige que se realicen estas excepciones.
 - Tenemos la obligación de divulgar información sobre la salud a agencias gubernamentales que estén verificando la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, tenemos la obligación de proporcionarle su información sobre la salud a Medicare, que incluye información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales. Por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifique.

Puede ver la información de sus registros y saber cómo se compartió con otras personas

Usted tiene derecho a ver el historial médico sobre usted que mantiene el plan y a obtener una copia. Podemos cobrarle un cargo por hacer copias. Usted también tiene derecho a pedirnos que agreguemos datos o realicemos correcciones en su historial médico. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de cuidado de la salud para determinar si se deben hacer esos cambios.

Usted tiene derecho a conocer la forma en que su información sobre la salud se compartió con otras personas para cualquier fin que no sea de rutina.

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

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, la red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a que le enviemos muchos tipos de información.

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

- ☐ **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- ☐ **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre la formación de los proveedores y sobre las farmacias de nuestra red, así como sobre la manera en que pagamos a los proveedores de nuestra red.

- Para obtener más información sobre los proveedores de Cigna Healthcare (nombre, dirección, formación profesional, especialidad, facultad de medicina a la que asistieron, dónde realizaron su residencia y el estado de sus certificaciones), consulte nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*. La versión más actualizada de nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias* está disponible en nuestro sitio web en www.cignamedicare.com.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar la cobertura.** En los Capítulos 3 y 4, se proporciona información sobre los servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6, se brinda información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre el motivo por el cual algún concepto no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9, se brinda información sobre cómo pedir una explicación por escrito del motivo por el cual un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. Además, en el Capítulo 9, se brinda información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, un procedimiento llamado apelación.
 - El personal está disponible para responder preguntas sobre la administración de utilización (UM) de los servicios o medicamentos que requieren aprobación o autorización previa. El personal se identificará por su nombre, cargo y como empleado de Cigna Healthcare cuando responda o devuelva llamadas con respecto a los problemas de UM. Puede dejar un mensaje después del horario normal de atención y Cigna Healthcare le devolverá el llamado. Llame al 1-800-558-4314 (TDD/TTY) de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes, o comuníquese por FAX al 1-866-730-1896. Disponibilidad para asistencia lingüística.

Sección 1.5 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre el cuidado de su salud

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una forma que usted entienda*.

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

- **Derecho a conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le comuniquen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente del costo o de si nuestro plan las cubre. También incluye recibir información sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar y a usar sus medicamentos en forma segura.
- **Derecho a conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen los riesgos que implica recibir determinado servicio de cuidado de la salud. Si el tratamiento o la atención médica que se propone es parte de un experimento de investigación, se le debe informar por anticipado. Usted siempre tiene la opción de negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **Derecho a decir “no”.** Usted tiene el derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a irse del hospital o de otro centro médico, incluso si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde ya que, si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar su medicamento, usted acepta plena responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si usted no puede tomar decisiones médicas por su cuenta

Algunas personas pierden la capacidad de tomar sus propias decisiones con respecto al cuidado de su salud debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Completar un formulario escrito para dar a **alguien la autorización legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si usted no pudiera tomar decisiones por su cuenta.
- **Dar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo desea que manejen su atención médica si usted no pudiera tomar decisiones por su cuenta.

Los documentos legales que puede usar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas que tienen distintos nombres. Los documentos llamados **testamento vital** y **poder para el cuidado de la salud** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si quiere usar una directiva anticipada para dar sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- ☐ **Consiga el formulario.** Puede obtener un formulario de directiva anticipada de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de artículos de oficina. A veces, puede obtener formularios para directivas anticipadas en organizaciones que brindan información sobre Medicare.
- ☐ **Complételo y fírmelo.** Independientemente de dónde consiga este formulario, recuerde que es un documento legal. Le recomendamos evaluar la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- ☐ **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario para tomar decisiones en su nombre si usted no pudiera hacerlo. También puede darles copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que será hospitalizado y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- ☐ En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.
- ☐ Si no firmó un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que usted puede elegir si desea completar una directiva anticipada (lo cual incluye la posibilidad de firmar una si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle servicios de cuidado de la salud ni discriminarle en función de si ha firmado una directiva anticipada o no.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones que contenía, puede presentar una queja ante la Asociación de Abogados de Florida.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que tomamos

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura, o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento, se le indica lo que puede hacer. Sin importar lo que haga –pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja– **nosotros tenemos la obligación de tratarle en forma justa.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está recibiendo un trato injusto o que no se están respetando sus derechos?

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

Si cree que recibió un trato injusto o que no se respetaron 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 su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otro tipo de problema?

Si cree que recibió un trato injusto o que no se respetaron sus derechos, *pero* el asunto *no* está relacionado con la discriminación, puede obtener ayuda para manejar el problema que tiene:

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

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay muchos lugares en los que puede obtener más información sobre sus derechos:

- ☐ Puede **llamar a Servicio al Cliente.**
- ☐ Puede **llamar al SHIP.** Para obtener detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- ☐ Puede comunicarse con **Medicare.**

○ Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Derechos y Protecciones en Medicare*. (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).

○ O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4224), las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Tiene derecho a realizar recomendaciones acerca de la política de derechos y responsabilidades de los miembros de Cigna Healthcare.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

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

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Use este folleto de *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre los beneficios que están cubiertos para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4, se brindan detalles sobre sus servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6, se brindan detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o de medicamentos con receta además de nuestro plan, tiene la obligación de informarlo.** En el Capítulo 1, se brinda información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de cuidado de la salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Colabore con sus médicos y otros proveedores dándoles información, haciéndoles preguntas y siguiendo las indicaciones que le den como parte de su cuidado.**
 - Para ayudar a obtener el mejor cuidado, informe a sus médicos y a otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos estén informados sobre todos los medicamentos que esté tomando, incluso los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna inquietud, no dude en preguntar y obtener una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una forma que ayude a un buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Para reunir los requisitos para participar en nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de nuestro plan, la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid) paga su prima de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y su prima de la Parte B. Si la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid) no paga sus primas de Medicare por usted, debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando los reciba.
 - Si debe pagar la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos más altos (según se informa en su última declaración de impuestos), debe seguir pagando la cantidad adicional directamente al Gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, debemos estar informados** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos 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 Ferroviaria).

CAPÍTULO 9:

*Qué debe hacer si tiene un
problema o una queja*

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo, se explican los procesos para manejar problemas e inquietudes. El proceso que usará para manejar su problema dependerá del tipo de problema que tenga:

- ☐ Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- ☐ Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**; también denominadas quejas formales.

Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos seguir.

La **Sección 3** le ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué ocurre con los términos legales?

Algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de fechas límite que se explican en este capítulo tienen términos legales. La mayoría de las personas no conoce estos términos, que pueden ser difíciles de entender.

Para facilitar la información, en este capítulo:

- ☐ Se usan palabras más simples en lugar de determinados términos legales. Por ejemplo, en general, en este capítulo se usa la expresión presentar una queja en lugar de iniciar un procedimiento de queja formal, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización integrada o determinación de cobertura o determinación de riesgo, y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de Revisión Independiente.
- ☐ También se utilizan lo menos posible las abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil –y a veces bastante importante– que usted conozca los términos legales correctos. Saber qué términos debe usar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarle a saber qué términos debe usar, incluimos términos legales cuando proporcionamos detalles sobre el manejo de tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre cómo lo hemos tratado, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para recibir ayuda. Pero, en algunas situaciones, es posible que también quiera recibir ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación se indican dos entidades que pueden ayudarle.

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a entender qué proceso debería seguir para manejar su problema. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecer orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento, podrá encontrar los números de teléfono.

Medicare

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

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

Puede obtener ayuda e información a través de Medicaid

Puede ponerse en contacto con la agencia estatal de Medicaid. La información de contacto se detalla aquí abajo.

Método	Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Programa de Medicaid de Florida): Contacto
TELÉFONO	1-877-711-3662 1-866-467-4970

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

Método	Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Programa de Medicaid de Florida): Contacto
TTY	1-866-467-4970 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.
CORREO POSTAL	Agency For Health Care Administration, P.O. Box 5197, MS 62, Tallahassee, FL 32314
SITIO WEB	http://www.flmedicaidmanagedcare.com/

SECCIÓN 3 Explicación del proceso de quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid de nuestro plan

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. A esto a veces se lo denomina proceso integrado porque combina, o integra, los procesos de Medicare y Medicaid.

A veces los procesos Medicare y Medicaid no se combinan. En estas situaciones, usted usa un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en la **Sección 6.4** de este capítulo, *Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2*.

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS**SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones**

Si tiene algún problema o alguna inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente información le ayudará a encontrar la sección apropiada de este capítulo de problemas y quejas acerca de los **beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid**.

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o su cobertura?

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

Sí.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5: “Guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

No.

Adelántese hasta la **Sección 11** que está al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

SECCIÓN 5 Guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones**Sección 5.1 Cómo pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general**

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se ocupan de problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura de atención médica (los servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos médicos, los servicios y los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted usa el proceso de apelación de la decisión de cobertura para cuestiones como, por ejemplo, si algo está cubierto o no y la forma en la que está cubierto.

Cómo pedir decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que nosotros tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo refiere a un especialista médico que no está dentro de la red, esta referencia se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la Evidencia de Cobertura indique que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna circunstancia. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos una atención médica en particular o si se niega

a brindar atención médica que usted piensa que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para su caso.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura se desestimará, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Estos son algunos ejemplos de situaciones en las que una solicitud se desestimará: si la solicitud está incompleta; si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no es una persona legalmente autorizada para hacerlo; o si usted pide retirar su solicitud. Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos una notificación para explicar el motivo de la desestimación y cómo pedir una revisión de la desestimación.

Cuando decidimos qué se cubre y cuánto pagaremos, estamos tomando una decisión de cobertura para su caso. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que Medicare ya no la cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y usted no está conforme, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Los revisores que se ocupan de su apelación no son los mismos que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si estábamos siguiendo las reglas en forma apropiada. Cuando hayamos completado la revisión, le informaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 se desestimará, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Estos son algunos ejemplos de situaciones en las que una solicitud se desestimará: si la solicitud está incompleta; si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no es una persona legalmente autorizada para hacerlo; o si usted pide retirar su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos una notificación para explicar el motivo de la desestimación y cómo pedir una revisión de la desestimación.

Si rechazamos su apelación de Nivel 1 para la atención médica, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2 a cargo de una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare nos exigen enviar automáticamente su apelación por atención médica al Nivel 2 si estamos plenamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- En el caso de apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos su apelación en todo o en parte, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más profundidad en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está conforme con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con otros niveles de apelación (en la Sección 10 de este capítulo, se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

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

A continuación, le brindamos recursos por si decide pedir algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- ☐ **Puede llamarnos a Servicio al Cliente.**
- ☐ **Puede recibir ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico.
- ☐ **Su médico u otro proveedor de cuidado de la salud puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico lo ayudará a presentar una apelación más allá del Nivel 2, deberá designarlo como su representante. Llame a Servicio al Cliente y pida el formulario de *Nombramiento de Representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).
- ☐ En el caso de atención médica, su médico u otro proveedor de cuidado de la salud puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación se niega en el Nivel 1, se reenviará automáticamente al Nivel 2.

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

- Si su médico u otro proveedor de cuidado de la salud pide que un servicio o artículo que usted ya esté recibiendo continúe durante su apelación, **quizás** necesite designar a su médico u otro proveedor como su representante para que actúe en su nombre.
- En el caso de medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza la apelación de Nivel 1, su médico o proveedor pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su representante a fin de solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, un familiar, su médico, otro proveedor de cuidado de la salud u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) y pida el formulario de *Nombramiento de Representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe llevar su firma y la de la persona elegida para que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que no lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión respecto de su apelación), su solicitud de apelación se desestimarán. Si esto sucede, le enviaremos una notificación escrita en la que se explicará su derecho a pedir a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Usted también tiene derecho a contratar un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado o averiguar el nombre de un abogado en la asociación de abogados de su localidad u otro servicio de referencias. También hay grupos que le prestarán servicios legales en forma gratuita si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para pedir decisiones de cobertura ni para apelar una decisión.

Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo incluye detalles sobre su situación?

Hay cuatro situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene reglas y fechas límite diferentes, proporcionamos detalles sobre cada una en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo, “Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo, “Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8** de este capítulo, “Cómo pedirnos que cubramos una estadía más prolongada en el hospital como paciente internado si piensa que el médico le dará el alta demasiado pronto”
- **Sección 9** de este capítulo, “Cómo pedirnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si piensa que su cobertura finalizará demasiado pronto” (Esta sección se aplica únicamente a los siguientes servicios: cuidado de la salud en el hogar, cuidados en centros de cuidados especiales y servicios de un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debería usar, llame a Servicio al Cliente. También puede obtener ayuda o información a través de organizaciones gubernamentales, como su SHIP.

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación**Sección 6.1 Esta sección indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos el dinero de nuestra parte del costo de su atención**

Esta sección trata sobre sus beneficios para recibir atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, le explicaremos de qué modo las reglas de los medicamentos con receta de la Parte B son diferentes de las reglas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección, le indicamos qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo determinada atención médica que desea y cree que nuestro plan la cubre. **Pida una decisión de cobertura, Sección 6.2.**
 2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor de cuidado de la salud desea darle, y usted cree que nuestro plan la cubre. **Pida una decisión de cobertura, Sección 6.2.**
 3. Recibió atención médica que cree que el plan debe cubrir, pero le informamos que no se pagará esta atención. **Presente una apelación, Sección 6.3.**
 4. Recibió y pagó atención médica que cree que el plan debe cubrir, y quiere pedirle al plan que le reembolse esta atención. **Envíenos la factura, Sección 6.5.**
 5. Se le informa que se reducirá o se interrumpirá la cobertura de determinada atención médica que ha estado recibiendo y que anteriormente aprobamos, y usted cree que reducirla o interrumpirla podría ocasionar un daño a su salud. **Presente una apelación, Sección 6.3.**
- ☐ **NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es de servicios de atención hospitalaria, de cuidado de la salud en el hogar, de un centro de cuidados especiales o de un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF), deberá leer las Secciones 8 y 9 de este Capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura está relacionada con su atención médica, se llama **determinación de la organización**.

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

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

Habitualmente, en el caso de los medicamentos de la Parte B, se toma una decisión de cobertura estándar en un plazo de 14 días o 72 horas. Por lo general, se toma una decisión de cobertura rápida en el plazo de 72 horas en el caso de servicios médicos y de 24 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Puede *pedir únicamente* cobertura de artículos o servicios de atención médica (no solicitudes de pago de artículos o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si usar las fechas límite estándares podría *ocasionar un perjuicio grave para su salud o afectar su capacidad de hacer uso de sus facultades*.
- Si su médico nos informa que su situación de salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos su pedido de una decisión de cobertura rápida.
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si su situación de salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Le indicará que usaremos las fechas límite estándares.
 - Le informará que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.
 - Le explicará cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra determinación de tomar una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó.

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

- Primero, llámenos, escríbanos o envíenos un fax para solicitarnos que autoricemos o brindemos la cobertura de la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. En el Capítulo 2 se brinda la información de contacto.

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

Para decisiones de cobertura estándares, usamos las fechas límite estándares.

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

Esto significa que le daremos una respuesta en el plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si su solicitud corresponde a un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, responderemos **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud.

- **Sin embargo**, si usted pide más tiempo, o si nosotros necesitamos más información que podría beneficiarle, podemos tardar hasta 14 días más si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico. Le informaremos por escrito si nos demoramos más días. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted cree que no debemos demorar más días, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para decisiones de Cobertura Rápidas, usamos un plazo acelerado

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico. Si su solicitud corresponde a un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo**, si usted pide más tiempo, o si nosotros necesitamos más información que podría beneficiarle, podemos tardar hasta 14 días más. Le informaremos por escrito si nos demoramos más días. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted cree que no debemos demorar más días, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si no aceptamos su solicitud, en todo o en parte**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explicará el motivo de nuestro rechazo.

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

- Si le damos una respuesta negativa, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa pedir nuevamente la cobertura de la atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1**Términos legales**

Una apelación ante el plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama **reconsideración del plan**.

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

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

Habitualmente, una apelación estándar se presenta dentro de los 30 días o 7 días para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una apelación rápida se presenta en el plazo de 72 horas.

- Si apelará una decisión que tomamos sobre cobertura de atención que todavía no recibió, usted o su médico deberán determinar si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su situación de salud requiere una apelación rápida, se la daremos.
- Los requisitos para que se acepte su solicitud de apelación rápida son los mismos que para recibir una decisión de cobertura rápida, los cuales se incluyen en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Pida a nuestro plan una apelación o una apelación rápida.

- **Si solicita una apelación estándar, envíela por escrito.**
- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 se brinda la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** siguientes a la fecha de la notificación escrita que enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no apela antes de esta fecha límite y tiene un motivo válido que lo justifique, explique el motivo de la demora cuando presente su apelación. Es posible

que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos válidos pueden ser, entre otros, una enfermedad grave que le haya impedido comunicarse con nosotros o que nosotros hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia gratuita de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Si le comunicamos que interrumpiríamos o reduciríamos servicios o artículos que ya estaba recibiendo, quizás pueda seguir recibiendo esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir un servicio o artículo que esté recibiendo actualmente, le enviaremos una notificación antes de tomar la medida propuesta.
- Si no está de acuerdo con la medida, puede presentar una Apelación de Nivel 1. Seguiremos cubriendo el servicio o artículo si usted pide una Apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario desde la fecha del matasellos de nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigor prevista de la medida, lo que resulte posterior.
- Si cumple con este plazo, podrá seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras la apelación de Nivel 1 esté en trámite. También podrá seguir recibiendo sin cambios todos los demás servicios o artículos (que no sean parte de su apelación).

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisemos su apelación, volveremos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Fechas límite para una apelación rápida

- En el caso de apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su situación de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si usted pide más tiempo, o si nosotros necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico. Le informaremos por escrito si nos demoramos más días. No podemos tomarnos más tiempo si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al finalizar el plazo extendido si demoramos más días), tenemos la obligación de enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos su pedido, en todo o en parte**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si no aceptamos su pedido, en todo o en parte**, 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 informará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud corresponde a un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no recibió, responderemos **dentro de los 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su afección médica lo requiere.
 - Sin embargo, si usted pide más tiempo, o si nosotros necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico. Le informaremos por escrito si nos demoramos más días. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si usted cree que **no** debemos demorar más días, puede presentar una queja rápida. Si presenta una queja rápida, responderemos a su queja dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas quejas rápidas, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

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

- Si no le damos una respuesta dentro del plazo estipulado (o al finalizar el plazo extendido), su solicitud pasará a ser una apelación de Nivel 2 y la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos su pedido, en todo o en parte**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de **los 30 días calendario, o dentro de los 7 días calendario** si su solicitud corresponde a un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestro plan rechaza su apelación, en todo o en parte, usted tiene derechos de apelación adicionales.**
- Si rechazamos lo solicitado por usted, en todo o en parte, le enviaremos una carta.
 - Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.
 - Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le informará cómo presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una Apelación de Nivel 2**Términos legales**

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se la llama **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 se debe cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

- ☐ Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que suele estar **cubierto por Medicare**, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelación en cuanto se complete la apelación de Nivel 1.
- ☐ Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que suele estar **cubierto por Medicaid**, podrá presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta. La carta le indicará cómo hacerlo. También se incluye información a continuación.
- ☐ Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que podría estar **cubierto tanto por Medicare como por Medicaid**, recibirá automáticamente una apelación de Nivel 2 con la organización de revisión independiente. También puede solicitar una Audiencia Imparcial del estado.

Si reunió los requisitos para la continuación de los beneficios al presentar su apelación de Nivel 1, podrá seguir recibiendo sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento bajo apelación durante el Nivel 2. Consulte las páginas que contienen la Sección 6.3 para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- ☐ Si su problema está relacionado con un servicio que suele estar cubierto por Medicare únicamente, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 2 con la organización de revisión independiente.
- ☐ Si su problema está relacionado con un servicio que suele estar cubierto por Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si usted presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario después de recibir la carta con la decisión del plan.

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que suele estar cubierto por Medicare:

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

- ☐ Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.**
- ☐ Usted tiene derecho a brindarle a la organización de revisión independiente más información que respalde su apelación.
- ☐ Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- ☐ Para la apelación rápida, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de haberla recibido.

- Si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

- Para la apelación estándar, si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** después de haberla recibido.
- Si su solicitud corresponde a un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de haberla recibido.
- Sin embargo, si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico, y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

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

- **Si la organización de revisión independiente acepta, en todo o en parte, una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las **72 horas** o prestar el servicio dentro de los **14 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente en el caso de solicitudes estándares o prestar el servicio **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente acepta, en todo o en parte, una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en disputa en un plazo de **72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente en el caso de solicitudes estándares o en un plazo de **24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente respecto de **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza su apelación, en todo o en parte**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud de cobertura de atención médica (o parte de ella) no se debe aprobar. (Esto se llama **ratificar la decisión o denegar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Para explicarle su decisión.
 - Para informarle el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple un mínimo determinado. La notificación escrita que recibirá de la organización de revisión independiente le indicará la cantidad en dólares requerida para continuar con el proceso de apelación.
 - Para indicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.
- Si su apelación de Nivel 2 se deniega y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Podrá encontrar los detalles sobre cómo hacerlo en la notificación escrita que reciba después de su apelación de Nivel 2.
 - En la apelación de Nivel 3 interviene un Juez de Derecho Administrativo o un árbitro abogado. **En la Sección 10** de este capítulo, se explica el proceso para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que suele estar cubierto por Medicaid:

Paso 1: Puede solicitar una Audiencia Imparcial del estado.

- El Nivel 2 del proceso de apelación para los servicios que suelen estar cubiertos por Medicaid es una Audiencia Imparcial del estado. Debe solicitar una Audiencia Imparcial por escrito o por teléfono **dentro de los 120 días calendario** a partir de la fecha en que le enviemos la carta con la decisión con respecto a la apelación de Nivel 1. La carta que le enviaremos le indicará adónde enviar su solicitud de audiencia.

Para solicitar una Audiencia Imparcial de Medicaid, envíe la solicitud a:

Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud

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

Medicaid Hearing Unit

P.O. Box 60127

Ft. Myers, FL 33906

Teléfono: 1-877-254-1055(línea gratuita) Fax: 239-338-2642 (fax)

Correo electrónico: MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com

Paso 2: La oficina de Audiencias Imparciales le dará su respuesta.

La oficina de Audiencias Imparciales le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- ☐ **Si la oficina de Audiencias Imparciales acepta, en todo o en parte, una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo dentro de las 72 horas después de recibir la decisión de la oficina de Audiencias Imparciales.
- ☐ **Si la oficina de Audiencias Imparciales rechaza su apelación, en todo o en parte,** que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no se debe aprobar. (Esto se llama **ratificar la decisión o denegar su apelación**).

Si mi solicitud se rechaza en todo o en parte, ¿puedo presentar otra apelación?

Si la organización de revisión independiente o la oficina de Audiencias Imparciales decide rechazar su solicitud en todo o en parte, usted tiene

derechos de apelación adicionales.

La carta que recibirá de la oficina de Audiencias Imparciales describirá esta siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección 10** de este capítulo para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?

No podemos reembolsarle directamente por un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura que es mayor a su copago por servicios y artículos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **Usted no debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema. Pero si usted paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de cuidado de la salud si siguió las reglas para recibir el servicio o artículo.

Cómo pedir que se le devuelva el dinero de algo que ya pagó:

Si nos envía documentación para pedirnos un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. No podemos reembolsarle directamente por un servicio o artículo de **Medicaid**. Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura a nosotros. **Usted no debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor de cuidado de la salud y nos ocuparemos del problema. Pero si usted paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de cuidado de la salud si siguió las reglas para recibir servicios o artículos.

Si desea que le reembolsemos por un servicio o artículo de **Medicare** o si nos solicita que le paguemos a un proveedor de cuidado de la salud por un servicio o artículo de Medicaid que usted pagó, nos pedirá que tomemos una decisión de cobertura. Verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura de atención médica.

- ☐ **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo dentro de los 60 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- ☐ **Si la atención médica de Medicare está cubierta,** le enviaremos el pago de nuestra parte del costo dentro de los 60 días calendario después de haber recibido su solicitud.
 - ☐ Si la atención de Medicaid por la que pagó a un proveedor de cuidado de la salud está cubierta y cree que deberíamos pagarle al proveedor de atención médica en su lugar, le enviaremos a su proveedor de cuidado de la salud el pago de nuestra parte del costo dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
 - ☐ Luego, deberá comunicarse con su proveedor de cuidado de la salud para que le devuelvan el dinero. Si no pagó la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor de cuidado de la salud.
- ☐ **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el

pago. En cambio, le enviaremos una carta en la que se indicará que no pagaremos la atención médica y los motivos del rechazo.

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso para apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- ☐ Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos pide que le devolvamos el dinero de atención médica que ya recibió y pagó, no se le permite pedir una apelación rápida.
- ☐ Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor de cuidado de la salud dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 7

Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1

En esta sección, se le informa qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el dinero de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para que su medicamento esté cubierto, se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre medicamentos de la Parte D, reglas, restricciones y costos, consulte los Capítulos 5 y 6.

Esta sección trata sobre sus medicamentos de la Parte D únicamente. Para simplificar, generalmente usamos la palabra *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez *medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios 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 reglas, puede consultarnos. Para algunos medicamentos usted debe recibir nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- ☐ Si su farmacia le informa que su medicamento con receta no se puede despachar tal como se indica en la receta, la farmacia le proporcionará una notificación escrita en la que se le explicará cómo comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina determinación de cobertura .

Una decisión de cobertura es una decisión que nosotros tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, le indicamos qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- ☐ Nos solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. **Pida una excepción. Sección 7.2.**
- ☐ Nos solicita que no apliquemos una restricción sobre la cobertura del plan para un medicamento (como los límites a la cantidad del medicamento que puede obtener). **Pida una excepción. Sección 7.2.**
- ☐ Nos solicita una aprobación previa para un medicamento. **Pida una decisión de cobertura, Sección 7.4.**
- ☐ Nos solicita que paguemos por un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos que le devolvamos el dinero. Sección 7.4.**

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

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

En esta sección, se le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?**Términos legales**

Pedir que se cubra un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, a veces, se llama pedir una **excepción al formulario**.

Pedir que se elimine una restricción respecto de la cobertura de un medicamento, a veces, se llama pedir una **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto, **a veces**, se llama pedir una **excepción a la asignación de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto como usted espera, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro proveedor deberá explicar los motivos médicos por los que usted necesita que se apruebe la excepción. A continuación, se brindan dos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro proveedor pueden pedirnos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, usted deberá pagar la cantidad del costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede pedir una excepción al costo compartido que requerimos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5, se describen las reglas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar la restricción en su caso, puede pedir una excepción a la cantidad del copago o del coseguro que requerimos que pague por el medicamento.

Sección 7.3 Cosas importantes que debe saber antes de solicitar una excepción**Su médico debe indicarnos los motivos médicos**

Su médico u otro proveedor debe darnos una declaración en la que se expliquen los motivos médicos por los que pide una excepción. Para que se tome una decisión con mayor rapidez, incluya esta información médica de su médico u otro proveedor cuando solicite la excepción.

Habitualmente, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. A las distintas opciones, se las llama medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo tendría la misma eficacia que el medicamento que usted está solicitando y no ocasionaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general, **no** aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aprobar o rechazar su solicitud

- ☐ Si aprobamos su solicitud de excepción, por lo general, nuestra aprobación tiene validez hasta el final del año del plan, siempre que su médico siga recetándole el medicamento y que ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- ☐ Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión presentando una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura, incluso una excepción**Términos legales**

Una decisión de cobertura rápida se llama **determinación acelerada con respecto a la cobertura**.

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

Las decisiones de cobertura estándar se tomarán dentro de las **72 horas** después de haber recibido la declaración de su médico. **Las decisiones de cobertura rápidas** se tomarán dentro de las **24 horas** después de haber recibido la declaración de su médico.

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

- Debe pedir un *medicamento* que todavía no recibió. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida para un reembolso de un medicamento que ya compró).
- Respetar las fechas límite estándares podría *ocasionar un perjuicio grave para su salud o afectar su capacidad de hacer uso de sus facultades*.
- **Si su médico u otro proveedor nos informa que su situación de salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos su pedido de una decisión de cobertura rápida.**
- **Si pide una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o del proveedor, nosotros decidiremos si su situación de salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Le indicará que usaremos las fechas límite estándares.
 - Le informará que, si su médico u otro proveedor piden la decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.
 - Le indicará cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra determinación de tomar una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Responderemos su queja dentro de las 24 horas posteriores a la recepción.

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

Primero, llámenos, escribanos o envíenos un fax para solicitarnos que autoricemos o brindemos la cobertura de la atención médica que desea. También puede tener acceso al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud escrita, incluso una presentada en el Formulario Modelo para Solicitud de Determinación de Cobertura de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web. En el Capítulo 2 se brinda la información de contacto. Las solicitudes de cobertura que involucren medicamentos con receta también pueden presentarse de forma electrónica en nuestro sitio web en www.CignaMedicare.com/forms. Para que el procesamiento de su solicitud sea más fácil, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique el reclamo rechazado que se está apelando.

Usted, su médico (u otro proveedor) o su representante pueden hacerlo. Un abogado también puede actuar en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo, se le indica cómo puede dar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- ☐ **Si solicita una excepción, proporcione la declaración respaldatoria**, es decir, los motivos médicos de la excepción. Su médico u otro proveedor puede enviarnos la declaración por fax o por correo. Su médico u otro proveedor también puede informarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de una declaración escrita por fax o por correo, si es necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Fecha límite para una decisión de cobertura rápida

- ☐ Generalmente, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** después de haber recibido su solicitud.
 - En el caso de excepciones, le daremos nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** después de haber recibido la declaración respaldatoria de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su situación de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- ☐ **Si aceptamos su solicitud, en todo o en parte**, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos dentro de las 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- ☐ **Si no aceptamos su solicitud, en todo o en parte**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explique el motivo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que todavía no recibió

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

- Si estamos usando las fechas límite estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** después de haber recibido su solicitud.
 - En el caso de excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración respaldatoria de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su situación de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos su solicitud, en todo o en parte**, debemos **proporcionar la cobertura** que aceptamos **dentro de las 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si no aceptamos su solicitud, en todo o en parte**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explique el motivo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que todavía no recibió

- Si estamos usando las fechas límite estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** después de haber recibido su solicitud.
 - En el caso de excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su situación de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos su solicitud, en todo o en parte**, debemos **proporcionar la cobertura** que aceptamos **dentro de las 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si no aceptamos su solicitud, en todo o en parte**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explique el motivo. También le indicaremos cómo puede apelar.

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

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos su solicitud, en todo o en parte**, también tenemos la obligación de hacer el pago dentro de los 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si no aceptamos su solicitud, en todo o en parte**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explique el motivo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si le damos una respuesta negativa, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa pedir nuevamente la cobertura del medicamento que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación ante el plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una nueva determinación del plan.
Una apelación rápida también se llama nueva determinación acelerada .

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

Habitualmente, se presenta una apelación estándar dentro de los 7 días. Por lo general, una apelación rápida se presenta en el plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

- Si apelará una decisión que tomamos sobre un medicamento que todavía no recibió, usted y su médico u otro proveedor deberán determinar si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para que se acepte su solicitud de apelación rápida son los mismos que para recibir una decisión de

cobertura rápida que se incluyen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro proveedor debe comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su situación de salud requiere una respuesta rápida, debe pedir una apelación rápida.

- ☐ **En el caso de apelaciones estándares, envíe una solicitud escrita o llámenos.** En el Capítulo 2 se brinda la información de contacto.
- ☐ **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-800-668-3813 (TTY 711).** En el Capítulo 2 se brinda la información de contacto.
- ☐ **Debemos aceptar cualquier solicitud escrita,** incluso una presentada en el Formulario Modelo para Solicitud de Determinación de Cobertura de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- ☐ Las solicitudes de cobertura que involucren medicamentos con receta también pueden presentarse de forma electrónica en nuestro sitio web, www.CignaMedicare.com/forms.
- ☐ **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** siguientes a la fecha de la notificación escrita que enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no apela antes de esta fecha límite y tiene un motivo válido que lo justifique, explique el motivo de la demora cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos válidos pueden ser, entre otros, una enfermedad grave que le haya impedido comunicarse con nosotros o que nosotros hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- ☐ **Puede pedir una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisemos su apelación, volveremos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro proveedor para obtener más información.

Fechas límite para una apelación rápida

- En el caso de apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su situación de salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6** se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos su solicitud, en todo o en parte,** debemos proporcionar la cobertura que aceptamos dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si no aceptamos su pedido, en todo o en parte,** le enviaremos una declaración escrita en la que se explique el motivo de nuestro rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar sobre un medicamento que todavía no recibió

- ☐ En el caso de las apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si todavía no recibió el medicamento y su situación de salud requiere que lo hagamos.
 - Si no le informamos nuestra decisión dentro de los 7 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 7.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- ☐ **Si aceptamos su solicitud, en todo o en parte,** debemos brindar la cobertura que acordamos lo más rápido que requiera su situación de salud, pero a más tardar **7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- **Si no aceptamos su solicitud, en todo o en parte,** le enviaremos una declaración escrita en la que se explique el motivo de nuestro rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

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

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos su solicitud, en todo o en parte**, también tenemos la obligación de hacer el pago dentro de los 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si no aceptamos su solicitud, en todo o en parte**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explique el motivo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente es Entidad de Revisión Independiente . A veces se la llama 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 se debe cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante o su médico u otro proveedor) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- ☐ Si rechazamos su apelación de Nivel 1, la notificación escrita que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe tener en cuenta y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- ☐ Si, sin embargo, no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión no favorable con respecto a la determinación **en riesgo** conforme a nuestro programa de gestión de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- ☐ Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.** Podemos cobrarle un cargo por hacer copias y enviarle esta información.
- ☐ Usted tiene derecho a brindarle a la organización de revisión independiente más información que respalde su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación y le da una respuesta.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para una apelación rápida

- ☐ Si su situación de salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- ☐ Si la organización acepta una apelación rápida, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de haber recibido su solicitud de apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- ☐ En el caso de apelaciones estándares, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de haberla recibido si corresponde a un medicamento que todavía no recibió. Si usted nos solicita una devolución de dinero por un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- ☐ Si la organización de revisión independiente responde en forma afirmativa a lo que usted solicitó, en todo o en parte, nosotros debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos que dicha organización aprobó **dentro de las 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización.

Para apelaciones estándares:

- ☐ Si la organización de revisión independiente acepta, en todo o en parte, su solicitud de cobertura, nosotros debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos que dicha organización aprobó **dentro de las 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización.
- ☐ Si la organización de revisión independiente acepta, en todo o en parte, su solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, tenemos la obligación de **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, en todo o en parte, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **ratificar la decisión** o **denegar su apelación**).

En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- ☐ Para explicarle su decisión.
- ☐ Para informarle el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que usted solicita cumple un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que esté solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- ☐ Para indicarle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- ☐ Después del Nivel 2 hay otros tres niveles en el proceso de apelación (lo que suma un total de cinco niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, se detalla cómo hacerlo en la notificación escrita que recibirá después de la decisión sobre su apelación de Nivel 2.
- ☐ En la apelación de Nivel 3 interviene un Juez de Derecho Administrativo o un árbitro abogado. La **Sección 10** de este capítulo incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que cubramos una estadía más prolongada en el hospital como paciente internado si piensa que le darán el alta demasiado pronto

Cuando se le admite en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos sus servicios hospitalarios cubiertos que son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que dejará el hospital. Ayudarán a coordinar los cuidados que usted pueda necesitar después de dejar el hospital.

El día que deja el hospital se llama **“fecha de alta”**.

- ☐ Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- ☐ Si usted piensa que se le pide que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía más prolongada, y su solicitud se considerará.

Sección 8.1 Durante su estadía en el hospital como paciente internado, recibirá una notificación escrita de Medicare en la que se informan sus derechos

Una vez admitido en el hospital, recibirá en el plazo de dos días una notificación escrita llamada *Un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de esta notificación.

Si no recibe la notificación de una persona del hospital (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero), pídasela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

- 1. Lea esta notificación detenidamente y haga preguntas si no la entiende.** Le indica lo siguiente:

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

- ☐ Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su estadía en el hospital y después, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
- ☐ Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
- ☐ Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención en el hospital.
- ☐ Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de alta si usted piensa que le darán el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de pedir que se postergue su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

1. Se le pedirá que firme la notificación escrita para demostrar que la recibió y que comprende sus derechos.

- ☐ Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme la notificación.
- ☐ La firma de la notificación demuestra **únicamente** que usted recibió la información sobre sus derechos. La notificación no indica su fecha de alta. La firma de la notificación **no significa** que usted acepte una fecha de alta.

1. Conserve su copia de la notificación para tener a mano la información respecto de cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- ☐ Si firma la notificación más de dos días antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que se programe el alta.
- ☐ Para consultar una copia de esta notificación por anticipado, puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver la notificación en línea en www.cms.gov/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeappealNotices.

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

Si desea pedir que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente internado durante más tiempo, deberá usar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de empezar, debe comprender lo que necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

- ☐ **Siga el proceso.**
- ☐ **Cumpla con las fechas límite.**
- ☐ **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Esta verifica si su fecha de alta programada es médicamente apropiada para usted.

La **Organización de Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud 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 la revisión de fechas de alta del hospital para personas que tienen Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- ☐ En la notificación escrita que recibió (*Un Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos*), se indica cómo comunicarse con esta organización. También puede averiguar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- ☐ Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad **antes** de dejar el hospital y, **a más tardar, en la medianoche del día de su alta.**
 - ☐ Si usted cumple con esta fecha límite, se le permite quedarse en el hospital **después** de su fecha de alta **sin pagar la estadía** mientras espera a recibir la decisión de la Organización de Mejora de la Calidad.

- Si **no** cumple con esta fecha límite y decide quedarse en el hospital después de su fecha de alta programada, **es posible que deba pagar todos los costos** de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.
- Si no se comunica con la Organización de Mejora de la Calidad antes de la fecha límite y todavía desea apelar, debe presentar una apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles acerca de esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **Sección 8.4** de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización de Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día posterior a que esta organización se haya comunicado con nosotros, le enviaremos a usted una **Notificación de Alta Detallada**. En esta notificación, le informaremos su fecha de alta programada y la explicación en detalle de los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que usted reciba el alta en esa fecha.

Puede obtener un modelo de la **Notificación de Alta Detallada** llamando a Servicios a los Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver un modelo de notificación en línea en

www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de salud de la Organización de Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No es obligatorio que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les proporcionamos.
- Al mediodía del día posterior al día en que los revisores nos informaron su apelación, recibirá una notificación escrita nuestra en la que se le indicará su fecha de alta programada. En esta notificación también le explicaremos en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que usted reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de las 24 horas después de haber recopilado toda la información necesaria, la Organización de Mejora de la Calidad le dará su respuesta respecto de su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión es *afirmativa*, **nosotros debemos seguir prestando sus servicios hospitalarios como paciente internado cubiertos durante el plazo en el que estos servicios sean médicamente necesarios**.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, es posible que haya limitaciones a sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión es negativa, está diciendo que su fecha de alta programada es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente internado finalizará al mediodía del día posterior** al día en que la Organización de Mejora de la Calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide quedarse en el hospital, **es posible que usted deba pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización de Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si su apelación de Nivel 1 se rechaza, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización de Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación, **y** usted se queda en el hospital después de su fecha de alta programada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al **Nivel 2** del proceso de apelación.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital**

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización de Mejora de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomó respecto de su primera apelación. Si la Organización de Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo completo de su estadía después de su fecha de alta programada.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad nuevamente y pida otra revisión.

- ☐ Debe pedir esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión únicamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura por la atención.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- ☐ Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad volverán a analizar atentamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.**Si la organización de revisión responde en forma afirmativa:**

- ☐ **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando cobertura por su atención hospitalaria como paciente internado durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- ☐ Usted debe seguir pagando su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión responde en forma negativa:

- ☐ Esto significa que está de acuerdo con la decisión que tomó respecto de su apelación de Nivel 1.
- ☐ La notificación que recibirá le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- ☐ Después del Nivel 2 hay otros tres niveles en el proceso de apelación (lo que suma un total de cinco niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, se detalla cómo hacerlo en la notificación escrita que recibirá después de la decisión sobre su apelación de Nivel 2.
- ☐ En la apelación de Nivel 3 interviene un Juez de Derecho Administrativo o un árbitro abogado. La **Sección 10** de este capítulo incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.4 ¿Qué sucede si se le pasa la fecha límite para presentar una apelación de Nivel 1?**Términos legales**

Una revisión rápida (o apelación rápida) también se llama **apelación acelerada**.

Puede presentar su apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para comenzar su apelación de Nivel 1 de su fecha de alta del hospital. Si no se comunica con la Organización de Mejora de la Calidad dentro de ese plazo, 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 Alternativa de Nivel 1**Paso 1: Comuníquese con nosotros y pida una revisión rápida.**

- ☐ **Pida una revisión rápida.** Esto significa que nos está pidiendo que le respondamos con las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándares. En el Capítulo 2 se brinda la información de contacto.

Paso 2: Nosotros hacemos una revisión rápida de su fecha de alta programada y verificamos si se considera médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Verificamos si su fecha de alta programada se considera médicamente apropiada. Observamos si la decisión sobre el momento en que debería dejar el hospital fue justa y si siguió todas las reglas.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas después de que usted pida una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación, significa que estuvimos** de acuerdo con usted en que debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos prestando sus servicios hospitalarios como paciente internado cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de los servicios de cuidado de la salud que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** estamos diciendo que su fecha de alta programada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente internado termina el día en que dijimos que terminaría la cobertura.
 - Si usted se quedó en el hospital **después** de su fecha de alta programada, **es posible que usted deba pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta programada.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.**Paso a paso: Proceso de apelación Alternativa de Nivel 2**

Términos legales
El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente es Entidad de Revisión Independiente . A veces se la llama IRE .

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si se debe cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Tenemos la obligación de enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas después de haberle comunicado que rechazamos su primera apelación. (Si piensa que no estamos cumpliendo con esta fecha límite o con otras, puede presentar una queja. En la **Sección 11** de este capítulo, se indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán atentamente toda la información relacionada con su apelación de su alta del hospital.
- **Si esta organización acepta su apelación,** entonces debemos devolverle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios como paciente internado durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones a la cobertura, estas podrían limitar la cantidad que le reembolsáramos o el tiempo que continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que está de acuerdo en que su fecha de alta programada del hospital era médicamente apropiada.
 - La notificación escrita que recibirá de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3, en la que interviene un Juez de Derecho Administrativo o un árbitro abogado.

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, usted elige si desea continuar con su apelación.

- ☐ Después del Nivel 2 hay otros tres niveles en el proceso de apelación (lo que suma un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar la decisión o pasar a la apelación de Nivel 3.
- ☐ La **Sección 10** de este capítulo incluye más información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 9 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si piensa que su cobertura finalizará demasiado pronto

Sección 9.1 Esta sección incluye información sobre tres servicios únicamente: Cuidado de la salud en el hogar, cuidados en centros de cuidados especiales y servicios de un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral

Cuando recibe **servicios cubiertos de salud en el hogar, cuidados de enfermería especializados o cuidados de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral)**, cualquiera de estos tipos de cuidados, usted tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de cuidados durante el tiempo que los cuidados sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, que incluye su parte del costo y cualquier limitación a la cobertura que pueda aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este folleto, *Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Cuando decidamos que es el momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de servicios de cuidado de la salud en su caso, tenemos la obligación de informarle esta decisión con anticipación. Cuando su cobertura de esos cuidados termine, **dejaremos de pagar nuestra parte del costo de sus cuidados**.

Si piensa que finalizamos la cobertura de sus servicios de cuidado de la salud demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección se le indica cómo pedir una apelación.

Sección 9.2 Le diremos de antemano cuándo finalizará su cobertura

Términos legales

La Notificación de No Cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación por vía rápida**. Solicitar una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura respecto de cuándo interrumpir sus servicios de cuidado de la salud.

- 1. Recibe una notificación por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir sus servicios de cuidado de la salud. La notificación le indica lo siguiente:
 - ☐ La fecha en la que dejaremos de cubrir los servicios de cuidado de la salud en su caso.
 - ☐ Cómo solicitar una apelación por vía rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo sus servicios de cuidado de la salud durante un periodo más prolongado.
- 2. Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme la notificación escrita para demostrar que la recibió.** La firma de la notificación demuestra *únicamente* que usted recibió la información sobre cuándo se interrumpirá su cobertura. **La firma no significa que usted esté de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir los servicios de cuidado de la salud.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra sus servicios de cuidado de la salud durante más tiempo

Si desea pedirnos que cubramos sus servicios de cuidado de la salud durante más tiempo, deberá usar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de empezar, debe comprender lo que necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

- ☐ **Siga el proceso.**
- ☐ **Cumpla con las fechas límite.**

- ☐ **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su cuidado de la salud es médicamente apropiada.

La **Organización de Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos del cuidado de la salud 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 la revisión de las decisiones del plan respecto de cuándo es el momento de dejar de cubrir determinados tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad y pida una apelación por vía rápida. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- ☐ La notificación escrita que recibió (*Notificación de No Cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. También puede averiguar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad para comenzar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** de la Notificación de No Cobertura de Medicare.
- ☐ Si no se comunica con la Organización de Mejora de la Calidad respecto de su apelación antes de la fecha límite y todavía desea apelar, debe presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles acerca de esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **Sección 9.5** de este capítulo.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Términos legales
Esta notificación se llama Explicación Detallada de Denegación de Cobertura .

¿Qué sucede durante esta revisión?

- ☐ Los profesionales de salud de la Organización de Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No es obligatorio que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- ☐ La organización de revisión también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le proporcionó.
- ☐ Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación Detallada de Denegación de Cobertura** de parte de nosotros en la que se detallarán los motivos por los que finalizamos nuestra cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro de las 24 horas después de haber recopilado toda la información que necesitan, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- ☐ Si los revisores *aceptan* su apelación, **nosotros debemos seguir prestando sus servicios cubiertos durante el plazo en que sean médicamente necesarios.**
- ☐ Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si se aplican). Es posible que haya limitaciones a sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- ☐ Si los revisores rechazan su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- ☐ Si decide seguir recibiendo los cuidados de la salud en el hogar, los cuidados de un centro de cuidados especiales o los servicios de un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF) **después** de esta fecha en la que finalice su cobertura, **usted deberá pagar el costo completo** de estos cuidados de la salud.

Paso 4: Si su apelación de Nivel 1 se rechaza, usted decide si desea presentar otra apelación.

- ☐ Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1 y usted elige continuar recibiendo servicios de cuidado de la salud después de que la cobertura por los cuidados haya terminado, 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 sus servicios de cuidado de la salud durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización de Mejora de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomó respecto de su primera apelación. Si la Organización de Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo completo de los cuidados de la salud en el hogar, los cuidados de un centro de cuidados especiales o los servicios de un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF) **después** de la fecha en que le indicamos que terminaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad nuevamente y pida otra revisión.

- ☐ Debe pedir esta revisión **dentro de los 60 días** después del día en que la Organización de Mejora de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión únicamente si continuó recibiendo servicios de cuidado de la salud después de la fecha en que finalizó la cobertura de sus cuidados.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- ☐ Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad volverán a analizar atentamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán respecto de su apelación y le informarán su decisión.**¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?**

- ☐ **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de los servicios de cuidado de la salud que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** por los servicios de cuidado de la salud durante el tiempo en que sea médicamente necesario.
- ☐ Usted debe seguir pagando su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza la apelación?

- ☐ Esto significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- ☐ La notificación que recibirá le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Incluirá los detalles respecto de cómo pasar al siguiente nivel de apelación, en el que interviene un Juez de Derecho Administrativo o un árbitro abogado.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- ☐ Después del Nivel 2 hay otros tres niveles de apelación, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si desea presentar una apelación de Nivel 3, se detalla cómo hacerlo en la notificación escrita que recibirá después de la decisión sobre su apelación de Nivel 2.
- ☐ En la apelación de Nivel 3 interviene un Juez de Derecho Administrativo o un árbitro abogado. La **Sección 10** de este capítulo incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se le pasa la fecha límite para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar su apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad a fin de comenzar su primera apelación (como máximo, dentro del plazo de un día o dos). Si no se comunica con esta organización dentro de ese plazo, 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 Alternativa de Nivel 1

Si se le pasa la fecha límite para contactar a la Organización de Mejora de la Calidad, puede presentarnos la apelación directamente a nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándares.

A continuación, se detallan los pasos para una Apelación Alternativa de Nivel 1:

Términos legales
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se llama apelación acelerada .

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pida una revisión rápida.

- ☐ **Pida una revisión rápida.** Esto significa que nos está pidiendo que le respondamos con las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándares. En el Capítulo 2 se brinda la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre cuándo terminar la cobertura de sus servicios.

- ☐ Durante esta revisión, analizamos nuevamente toda la información sobre su caso. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando establecimos la fecha para terminar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas después de que usted pida una revisión rápida.

- ☐ **Si aceptamos su apelación**, significa que estuvimos de acuerdo con usted en que necesita servicios durante más tiempo y continuaremos prestando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de los servicios de cuidado de la salud que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura).
- ☐ **Si rechazamos su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- ☐ Si continuó recibiendo cuidados de la salud en el hogar, cuidados en un centro de cuidados especiales o servicios de un CORF **después** de la fecha en que le indicamos que finalizaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo completo** de estos cuidados de la salud.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

Términos legales
El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente es Entidad de Revisión Independiente . A veces se la llama IRE .

Paso a paso: Proceso de apelación Alternativa de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su apelación rápida. Esta organización determina si la decisión se debe cambiar. **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 Medicare eligió para desempeñarse como organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

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

- ☐ Tenemos la obligación de enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas después de haberle comunicado que rechazamos su primera apelación. (Si piensa que no estamos

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

cumpliendo con esta fecha límite o con otras, puede presentar una queja. En la **Sección 11** de este capítulo, se indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- ☐ Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- ☐ **Si esta organización acepta su apelación**, entonces debemos devolverle nuestra parte de los costos de los servicios de cuidado de la salud que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir brindando cobertura por los servicios de cuidado de la salud durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones a la cobertura, estas podrían limitar la cantidad que le reembolsaríamos o el tiempo que continuaríamos cubriendo los servicios.
- ☐ **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión de nuestro plan respecto de su primera apelación y no la cambiará.
 - La notificación que recibirá de la organización de revisión independiente le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con una apelación de Nivel 3.

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

- ☐ Después del Nivel 2 hay otros tres niveles de apelación, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si desea presentar una apelación de Nivel 3, se detalla cómo hacerlo en la notificación escrita que recibirá después de la decisión sobre su apelación de Nivel 2.
- ☐ Una apelación de Nivel 3 es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un árbitro abogado. La **Sección 10** de este capítulo incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y niveles superiores

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

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una de Nivel 2, y las dos fueron rechazadas. Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el cual apeló alcanza determinados niveles mínimos, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede continuar la apelación. En la respuesta escrita que recibirá a su apelación de Nivel 2, se explicará cómo debe presentar una apelación de Nivel 3. Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de una forma muy similar. A continuación, se brinda información sobre quién gestiona la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un Juez de Derecho Administrativo o un árbitro abogado que trabaja para el Gobierno Federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- ☐ **Si el Juez de Derecho Administrativo o el árbitro abogado acepta su apelación, el proceso de apelación puede haber terminado o no.** A diferencia de una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos no apelar, debemos autorizar o prestarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Juez de Derecho Administrativo o árbitro abogado.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con cualquier documento adjunto. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o prestar la atención médica en disputa.
- ☐ **Si el Juez de Derecho Administrativo o el árbitro abogado rechaza su apelación, el proceso de apelación puede haber terminado o no.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación se termina.

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

- Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que recibirá se le informará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno Federal.

- ☐ **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3 que fue favorable para usted, el proceso de apelación puede haber terminado o no.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, nosotros tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Nosotros decidiremos si apelar esta decisión y pasar al Nivel 5.
 - Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o prestarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- ☐ **Si la respuesta es negativa o el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede haber terminado o no.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación se termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, podría tener la posibilidad de pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en la notificación que recibirá se le informará si las reglas le permiten seguir con una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

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

- ☐ Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es la respuesta final. No hay más niveles de apelación después de la decisión del Tribunal de Distrito Federal.

Sección 10.2 Apelaciones Adicionales de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación está relacionada con servicios o artículos que suelen estar cubiertos por Medicaid. La carta que recibirá de la oficina de Audiencias Imparciales le indicará lo que debe hacer si desea continuar el proceso de apelación.

Sección 10.3 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes de Medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una de Nivel 2, y las dos fueron rechazadas. Si el valor del medicamento por el cual apeló alcanza una determinada cantidad en dólares, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no puede continuar la apelación. En la respuesta escrita que recibirá para su apelación de Nivel 2, se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una apelación de Nivel 3. Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de una forma muy similar. A continuación, se brinda información sobre quién gestiona la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un **Juez de Derecho Administrativo o un árbitro abogado que trabaja para el Gobierno Federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- ☐ **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación se termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que el Juez de Derecho Administrativo o el árbitro abogado aprobó **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- ☐ **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación puede haber terminado o no.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación se termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que recibirá se le informará qué debe hacer para presentar 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 es parte del Gobierno Federal.

- ☐ **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación se termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que el Consejo aprobó **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- ☐ **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación puede haber terminado o no.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación se termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, podría tener la posibilidad de pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud de revisar la apelación, en la notificación se le informará si las reglas le permiten seguir con la apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer luego si elige continuar con su apelación.

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

- ☐ Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es la respuesta final. No hay más niveles de apelación después de la decisión del Tribunal de Distrito Federal.

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

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan a través del proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se utiliza para determinados tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, se brindan ejemplos de los tipos de problemas que se manejan a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	☐ ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que recibió (que incluye la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	☐ ¿Alguien no respeta su derecho a la privacidad o a la información confidencial compartida?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas	☐ ¿Alguien fue grosero o irrespetuoso con usted? ☐ ¿No está satisfecho con el trato que recibió de nuestro Servicio al Cliente? ☐ ¿Siente que le están alentando a dejar el plan?
Tiempos de espera	☐ ¿Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado para conseguirla? ☐ ¿Hubo médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud que le hicieron esperar demasiado? ¿O nuestro Servicio al Cliente u otro personal del plan? ○ Los ejemplos incluyen esperas prolongadas cuando usted llama por teléfono, en salas de espera o exámenes, cuando compra un medicamento con receta.
Limpieza	☐ ¿No está satisfecho con la limpieza o las condiciones de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
Información que nosotros le brindamos	☐ ¿No le enviamos una notificación requerida? ☐ ¿Es difícil entender nuestra información escrita?
Puntualidad (Estos tipos de quejas están relacionados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y las apelaciones).	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y piensa que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación, se brindan ejemplos: ☐ Si solicitó una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, y nosotros nos negamos, puede presentar una queja. ☐ Si cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite para decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar una queja. ☐ Si cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite para cubrir o reembolsarle determinados artículos, servicios o medicamentos que se aprobaron, puede presentar una queja. ☐ Si cree que no cumplimos con las fechas límite requeridas para enviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- ☐ Una **queja** también se llama **queja formal**.
- ☐ **Presentar una queja** es **iniciar un procedimiento de queja formal**.
- ☐ **Usar el proceso para quejas** es **usar el proceso para iniciar un procedimiento de queja formal**.
- ☐ Una **queja rápida** también se llama **queja acelerada**.

Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de quejas

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato: llámenos o escríbanos.

- ☐ **Habitualmente, llamar a Servicio al Cliente es el primer paso.** Si hay algún otro requisito, Servicio al Cliente se lo informará.

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

- ☐ **Si no desea llamar (o llamó y no está conforme), puede escribir su queja y enviarla.** Si presenta su queja por escrito, también se la responderemos por escrito.
- ☐ **Envíe su queja por escrito** a la siguiente dirección: Cigna Healthcare, Attn: Medicare Grievance Dept., P.O. Box 188080, Chattanooga, TN 37422 o puede enviar su queja por correo electrónico a: Member.Grievances@cigna.com.
En el caso de las quejas estándares recibidas por escrito, le responderemos por escrito dentro de los 30 días calendario de haber recibido su queja por escrito. Para las quejas aceleradas, debemos decidir y notificarle nuestra decisión dentro de las 24 horas (consulte la sección sobre quejas rápidas a continuación).
- ☐ **Ya sea que presente su queja por teléfono o por escrito, debe comunicarse con Servicio al Cliente de inmediato.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema por el cual desea quejarse.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- ☐ **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por una queja, es posible que le demos una respuesta en la misma llamada.
- ☐ **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información, y la demora es para su beneficio, o si pide más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder su queja. Si decidimos demorar más días, se lo informaremos por escrito.
- ☐ **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, seguiremos automáticamente el proceso de queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.
- ☐ **Si no estamos de acuerdo con su queja, en todo o en parte, o no nos hacemos responsables del problema por el cual se queja, incluiremos los motivos en la nuestra respuesta que le daremos.**

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización de Mejora de la Calidad

Quando su queja es sobre la **calidad de la atención**, también tiene otras dos opciones:

- ☐ **Puede presentar su queja directamente a la Organización de Mejora de la Calidad.** La Organización de Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de la salud a los que el Gobierno Federal paga para verificar y mejorar el cuidado brindado a pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 se brinda la información de contacto.

O bien

- ☐ **Puede presentar su queja a la Organización de Mejora de la Calidad y a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.5 También puede informar a Medicare acerca de su queja

Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 12 Solucionar los problemas sobre los beneficios de Medicaid

Si tiene algún problema o inquietud en relación con los beneficios o servicios de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid), en la Sección 2.1 de este capítulo encontrará información de contacto de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid). Puede comunicarse con ellos para presentar su queja o problema.

CAPÍTULO 10:

*Cómo finalizar su
membresía en el plan*

SECCIÓN 1 Introducción a cómo finalizar su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en nuestro plan puede ser **voluntaria** (por su propia elección) o **involuntaria** (no es su propia elección):

- ☐ Podría dejar nuestro plan porque decidió que *quiere* dejarlo.
 - Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo finalizar su membresía de manera voluntaria.
- ☐ También hay situaciones limitadas en las que usted no elige irse, pero nosotros tenemos la obligación de poner fin a su membresía. En la Sección 5, se explican las situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si dejará nuestro plan, debemos seguir brindando su atención médica y sus medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que usted pueda finalizar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare terminan su membresía únicamente durante determinados momentos del año. Como usted recibe atención la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid), es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiarse de plan una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de Inscripción Especial:

- ☐ Desde enero hasta marzo.
- ☐ Desde abril hasta junio.
- ☐ Desde julio hasta septiembre.

Si se ha unido al plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar al siguiente período para finalizar su membresía o cambiarse de plan. No puede usar este Período de Inscripción Especial para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas que tienen Medicare pueden realizar cambios desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre durante el Período de Inscripción Anual.

La Sección 2.2 le proporciona más detalles acerca del Período de Inscripción Anual.

- ☐ Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y queda sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía para la Parte D si luego se afilia a un plan de medicamentos de Medicare.

Comuníquese con su Oficina Estatal de Medicaid para obtener información sobre las opciones de planes de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid) (los números de teléfono están en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- ☐ **¿Cuándo finalizará su membresía?** Habitualmente, su membresía finalizará el primer día del mes posterior al mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan. La inscripción en su plan nuevo empezará también en ese día.

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual

Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual (también conocido como Período de Inscripción Abierta Anual). Durante este período, revise su cobertura de salud y de medicamentos, y decida sobre la cobertura para el año siguiente.

- ☐ **El Período de Inscripción Anual** se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- ☐ **Elija conservar su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el año próximo.** Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.

O BIEN

- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.

☐ **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su plan nuevo el 1 de enero.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted haya elegido la opción de que no lo inscriban automáticamente.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y queda sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía para la Parte D si luego se afilia a un plan de medicamentos de Medicare.

Sección 2.3 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- ☐ **El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** Se extiende del 1 de enero al 31 de marzo.
- ☐ **Durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**, usted puede hacer lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento.
- ☐ **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en otro plan Medicare Advantage o de que recibamos su solicitud de cambiar a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

En determinadas situaciones, es posible que sea elegible para poder dejar el plan en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

Es posible que reúna los requisitos para finalizar su membresía durante un Período de Inscripción Especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo ejemplos; para consultar la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- ☐ Habitualmente, si se mudó.
- ☐ Si recibe Medicaid a través de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid).
- ☐ Si reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- ☐ Si violamos nuestro contrato con usted.
- ☐ Si se atiende en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC).
- ☐ Si se inscribe en el Programa de Cuidado Integral para Personas Mayores (PACE)

Nota: Si está participando en un programa de gestión de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 brinda más información acerca de los programas de gestión de medicamentos.

Nota: La Sección 2.1 le da más detalles acerca del período de inscripción especial para personas con Medicaid.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para averiguar si reúne los requisitos para un Período de Inscripción Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted reúne

los requisitos para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir lo siguiente:

- ☐ Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- ☐ Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.

O BIEN

- ☐ Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y queda sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía para la Parte D si luego se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted haya elegido la opción de que no lo inscriban automáticamente.

Habitualmente, su membresía finalizará el primer día del mes posterior al mes en que se reciba su solicitud de cambio de plan.

Nota: La Sección 2.1 y la Sección 2.2 le dan más detalles acerca del Período de Inscripción Especial para personas con Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía:

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

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

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

Si desea cambiar nuestro plan por:	Esto es lo que debe hacer:
☐ Otro plan de salud de Medicare.	☐ Inscribase en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. ☐ Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.
☐ Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.	☐ Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. ☐ Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.

Si desea cambiar nuestro plan por:	Esto es lo que debe hacer:
☐Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare separado. ○ Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted haya elegido la opción de que no lo inscriban automáticamente. ○ Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se queda sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si luego se afilia a un plan de medicamentos de Medicare	☐Envíenos una solicitud escrita para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo. ☐También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamara al 1-877-486-2048. ☐Su inscripción en nuestro plan se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y queda sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía para la Parte D si luego se afilia a un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid) llamando a la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid) al 1-877-711-3662. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-467-4970. El horario de atención es de lunes a jueves, de 8 a. m. a 8 p. m.; viernes, de 8 a. m. a 7 p. m.. Pregunte de qué modo inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare afectará la manera en que recibe su cobertura de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid).

SECCIÓN 4

Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid, debe seguir obteniendo los artículos, servicios y medicamentos con receta de su atención médica a través de nuestro plan.

☐Continúe usando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.

☐Continúe usando las farmacias de nuestra red para que le despachen sus medicamentos con receta.

☐Si le hospitalizan el día en que finalice su membresía, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den el alta (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5

Cigna Healthcare debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1

¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

Cigna Healthcare debe finalizar su membresía en el plan si se produce alguna de las siguientes situaciones:

☐Si ya no tiene la Parte A ni la Parte B de Medicare.

☐Si ya no es elegible para Medicaid. Como se explica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. La pérdida del proceso de Medicaid comienza cuando el plan conoce el cambio en los beneficios de Medicaid del miembro. Una vez que el plan confirma la pérdida de Medicaid por parte del miembro, este tendrá 6 meses para volver a ser elegible para los beneficios de Medicaid o cambiarse a un plan que no requiera la condición de necesidades especiales. Este período empezará el primer día del mes siguiente al mes en el que

se ha confirmado la pérdida. El miembro recibirá correspondencia durante este período para notificarle el proceso y la fecha límite. Si, al final del período de 6 meses, el plan confirma que el miembro no ha recuperado los beneficios de Medicaid, no ha enviado pruebas de la renovación de Medicaid o no se ha cambiado de plan, se cancelará la inscripción del miembro.

- ☐ Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- ☐ Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicio al Cliente para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- ☐ Si lo encarcelan (va a prisión).
- ☐ Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos ni está presente legalmente en el país.
- ☐ Si miente u oculta información sobre otro seguro que usted tiene, que proporciona cobertura de medicamentos con receta.
- ☐ Si, intencionadamente, nos facilita información incorrecta en el momento de la inscripción en nuestro plan, y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarle a abandonar el plan por este motivo, a menos que obtengamos previamente la autorización de Medicare).
- ☐ Si se comporta continuamente de una forma que causa problemas y nos hace difícil brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarle a abandonar el plan por este motivo, a menos que obtengamos previamente la autorización de Medicare).
- ☐ Si deja que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarle a abandonar el plan por este motivo, a menos que obtengamos previamente la autorización de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare podría solicitar que el Fiscal General investigue su caso.
- ☐ Si debe pagar la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan, y usted perderá la cobertura de medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía:

- ☐ Llame a **Servicio al Cliente**.

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con la salud

Cigna Healthcare no puede pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que se le está pidiendo que abandone nuestro plan debido a motivos relacionados con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

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

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle los motivos por escrito. También debemos explicarle cómo iniciar un procedimiento de queja formal o presentar una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre derecho aplicable

La ley principal que se aplica a esta *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas en virtud de esta ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes Federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en que usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, antecedentes de reclamos, historial médico, información genética, constancias de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir 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 sobre Discriminación por Edad de 1975, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y reglas que se apliquen por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o un trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7679) o a la Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

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

SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación de Pagador Secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de recibir el pago de servicios de Medicare cubiertos por los cuales Medicare no sea el pagador primario. Según reglamentaciones de los CMS establecidas en las Secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR), Cigna Healthcare, como una Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de repetición que ejerce la Secretaría en virtud de las reglamentaciones de los CMS incluidas en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección prevalecen por sobre cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre subrogación y repetición de terceros

Si realizamos algún pago a usted o en su nombre por Servicios Cubiertos (consulte el Capítulo 12 para obtener la definición), tenemos permitido subrogarnos plenamente (un principio legal que permite que el plan reciba un reembolso por determinados pagos que hayamos realizando en su nombre, en determinadas circunstancias) en cualquier derecho que usted tenga contra cualquier persona, entidad o aseguradora que pueda ser responsable del pago de gastos o beneficios médicos relacionados con su lesión, enfermedad o afección. Tenemos los mismos derechos de subrogación y repetición que se otorgan al Programa Medicare en virtud de las reglas de Pagador Secundario de Medicare. Podremos usar cualquier derecho de repetición disponible para el programa Medicare en virtud de la Sección 1395mm(e)(4) del Título 42 del Código de los Estados Unidos (USC), la Sección 1395w-22(a)(4) del Título 42 del USC, la Parte 411 del Título 42 del CFR y la Parte 422 del Título 42 del CFR.

Una vez que hayamos realizado un pago por Servicios Cubiertos, tendremos un derecho de preferencia respecto de los fondos obtenidos de cualquier sentencia, conciliación u otra indemnización o resarcimiento que usted podría recibir o tener derecho a recibir, que incluye, a modo de ejemplo, lo siguiente:

1. Cualquier indemnización, conciliación, beneficio u otras cantidades pagadas en virtud de cualquier indemnización o ley de seguro de accidentes de trabajo;
2. Cualquier pago realizado directamente por un tercero culpable de un acto ilícito civil extracontractual o una persona, entidad o aseguradora externa responsable de indemnizar al tercero culpable, o en su nombre;
3. Cualquier laudo arbitral, pago, conciliación, indemnización estructurada u otros beneficios o cantidades pagadas en virtud de una póliza de cobertura para conductores de automóviles que no tienen seguro o que tienen un seguro insuficiente; o cualquier otro pago designado, asignado o que de otra forma esté destinado como pago a usted como compensación,

restitución o remuneración por su lesión, enfermedad o afección sufrida como resultado de la negligencia o responsabilidad de un tercero.

Usted acepta colaborar con nosotros y con cualquiera de nuestros representantes designados, así como tomar las medidas o dar los pasos que sean necesarios para garantizar nuestro derecho de preferencia/interés, que incluyen, entre otros:

1. Responder plenamente a solicitudes de información respecto de cualquier accidente o lesión;
2. Responder plenamente a nuestras solicitudes de información y brindar cualquier información pertinente que hayamos solicitado; y
3. Participar plenamente en todas las etapas de cualquier acción legal que necesitemos a fin de proteger nuestros derechos, lo cual incluye, a modo de ejemplo, participar en la etapa de presentación de pruebas, asistir cuando se presten declaraciones y comparecer y testificar en un juicio.

Además, usted acepta no hacer nada que afecte nuestros derechos, lo cual incluye, a modo de ejemplo, ceder los derechos o pretensiones que pudiera tener contra una persona o entidad en relación con su lesión, enfermedad o afección sin contar previamente con nuestro consentimiento previo autorizado por escrito. Si usted no coopera, se considerará una violación o incumplimiento de sus obligaciones, y podemos iniciar cualquier acción legal disponible contra usted para proteger nuestros derechos.

También tenemos derecho a que se nos reembolse por completo cualquier pago de beneficios que hagamos a usted o un tercero en su nombre que sea responsabilidad de cualquier persona, organización o aseguradora. Nuestro derecho de reembolso no está relacionado con nuestro derecho de subrogación y está limitado únicamente a la cantidad de los beneficios reales pagados en virtud del Plan. Usted debe pagarnos de inmediato cualquier cantidad que reciba como resultado de una sentencia, una conciliación, una indemnización, un resarcimiento o de otra forma, de cualquier tercero responsable o de su aseguradora, en la medida en que nosotros hayamos pagado o brindado beneficios por su lesión, enfermedad o afección durante su inscripción en este Plan.

Nuestros derechos de subrogación y reembolso tendrán prioridad, antes de que se pague alguno de sus otros reclamos. Nuestros derechos de subrogación y reembolso no se verán afectados, reducidos, impactados ni eliminados por la doctrina que establece que se debe compensar satisfactoriamente a la parte perjudicada antes de que la aseguradora pueda hacer valer sus derechos de subrogación, ni por ninguna otra doctrina que pueda aplicarse.

No tenemos la obligación de procurar obtener un reembolso o una subrogación para nuestro propio beneficio ni en su nombre. Nuestros derechos en virtud de esta *Evidencia de Cobertura* no se verán afectados, reducidos ni eliminados si no intervenimos en cualquier acción legal que usted inicie en relación con su lesión, enfermedad o afección.

Si usted no está de acuerdo con alguna decisión o acción que tomemos en relación con las disposiciones sobre subrogación y repetición de terceros detalladas previamente, debe seguir los procedimientos explicados en el Capítulo 9 de este folleto: *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

SECCIÓN 5 Denuncie Situaciones de Fraude, Uso Indebido o Abuso

El fraude en el cuidado de la salud es una violación de la ley federal o estatal. Si sabe o sospecha de la existencia de fraude de seguros de salud, haga la denuncia llamando a nuestra Línea Directa de Cumplimiento y Ética al 1-800-472-8348. No tiene obligación de identificarse al realizar su denuncia. La línea directa es anónima.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de términos importantes

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA): si sus ingresos brutos ajustados modificados, según se informan en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años, superan determinada cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y un Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (también conocido como IRMAA). El IRMAA es un cargo adicional que se suma a su prima. Menos del 5% de las personas que tienen Medicare se ven afectadas por esta cantidad, de manera que la mayoría de las personas no pagará una prima más elevada.

Apelación: una apelación es una medida que puede tomar si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de cuidado de la salud o medicamentos con receta o de pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de Servicio: un área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. En el caso de planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, generalmente, es también el área en la que puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si usted se muda, de manera permanente, a un lugar fuera del área de servicio del plan.

Asistente de Salud en el Hogar: una persona que presta servicios que no necesitan la capacidad de un terapeuta o un enfermero con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados por el médico).

Asociación de Médicos Independientes (IPA): una IPA es un grupo de médicos de cuidado primario y especialistas que trabajan juntos para coordinar sus necesidades médicas. Consulte la Sección 5.1 del Capítulo 1 para obtener más información sobre las Asociaciones de Médicos Independientes (IPA).

Atención de Emergencia: servicios cubiertos que son: (1) prestados por un proveedor que reúne los requisitos para prestar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Autorización Previa: aprobación por anticipado para recibir servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de Beneficios del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario.

Ayuda Adicional: un programa estatal o de Medicare para ayudar a las personas con recursos e ingresos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Biosimilar: es un medicamento con receta que se considera muy similar, pero no idéntico al producto biológico original. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares generalmente requieren una nueva receta para reemplazar el producto biológico original.

Cancelación de la Inscripción: el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan.

Cantidad máxima de desembolso: lo máximo que usted paga de desembolso durante el año calendario por los servicios de la Parte A y de la Parte B cubiertos dentro de la red. Lo que usted paga por las primas del plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare, y los medicamentos con receta no se computan para la cantidad máxima de desembolso. Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid), usted no tiene la obligación de pagar ningún costo de desembolso hasta alcanzar la cantidad máxima de desembolso por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Nota: Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan alguna vez este desembolso máximo.

Cargo por despacho: un cargo que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo del despacho de un medicamento con receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF): un establecimiento que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluye fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, además de servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro para enfermos terminales: un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que tiene una certificación médica de enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos brindarle una lista de centros de este tipo en su área geográfica. Si usted elige un centro para enfermos terminales y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Centro Quirúrgico Ambulatorio: un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el objetivo de prestar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización y para aquellos cuya estadía prevista en el centro no supera las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la Agencia Federal que administra Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo puede comunicarse con los CMS.

Cobertura de Medicamentos con Receta Acreditable: una cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando comienzan a reunir los requisitos de Medicare, por lo general, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare (Parte D de Medicare): un seguro que ayuda a pagar medicamentos con receta, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que la Parte A y la Parte B de Medicare no cubren, para pacientes ambulatorios.

Copago: una cantidad que es posible que usted deba pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como visita a un médico, una visita como paciente ambulatorio de un hospital o un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10) en lugar de un porcentaje.

Coseguro: una cantidad que es posible que usted deba pagar, expresada como un porcentaje (por ejemplo, el 20%), como su parte del costo por los servicios o los medicamentos con receta después de pagar cualquier deducible.

Costo Compartido: el costo compartido se refiere a cantidades que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos (además de la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad de deducible que un plan pueda exigir antes de cubrir servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad fija de copago que un plan requiere cuando se recibe un servicio o un medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de coseguro, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o un medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o un medicamento específico.

Costos de Desembolso: consulte la definición de costo compartido incluida anteriormente. El requisito de costo compartido de un miembro, por el cual debe pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos, también se denomina requisito de costo “de desembolso” de dicho miembro.

Cuidado de Custodia: el cuidado de custodia son cuidados personales que se proporcionan en hogares de ancianos, centros para enfermos terminales u otros centros cuando usted no necesita atención médica especializada o cuidados de enfermería especializados. Los cuidados de custodia brindados por personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, incluyen ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o salir de la cama, sentarse o levantarse de la silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas hacen por su cuenta, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de custodia.

Cuidados en un Centro de Cuidados Especiales (SNF): servicios de rehabilitación y cuidados de enfermería especializados prestados en forma continua y diaria en un centro de cuidados especiales. Entre los ejemplos de cuidados se pueden mencionar la fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo puede administrar un médico o un enfermero registrado.

Deducible: la cantidad que debe pagar por servicios de cuidado de la salud o medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si el plan cubre un medicamento que se le recetó y la cantidad que usted debe pagar por el medicamento con receta, si corresponde. En general, si usted lleva su receta a una farmacia, y la farmacia le indica que el medicamento con receta no está cubierto en virtud de su plan, eso no es una determinación de cobertura. Usted debe comunicarse con su plan por teléfono o por escrito para pedir una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las

determinaciones de cobertura se llaman **decisiones de cobertura**.

Determinación de la Organización Integrada: una decisión que nuestro plan toma respecto de si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura”.

Emergencia: existe una emergencia médica cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si usted está embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deficiencia grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Equipos Médicos Duraderos (DME): determinados equipos médicos que su médico ordena por motivos médicos. Los ejemplos incluyen: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas con colchón eléctrico, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Etapas de Cobertura de Gastos Excedentes: es la etapa de la prestación farmacéutica de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) hayan gastado \$8,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Etapas de Cobertura Inicial: esta es la etapa antes de que los costos totales de sus medicamentos, que incluyen lo que usted pagó y lo que su plan pagó en su nombre para el año, alcancen los \$5,030.

Evidencia de Cobertura (EOC) y Divulgación de Información: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que nosotros debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer 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), u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido menor (una excepción a la asignación de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige 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 Saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente una cantidad mayor que la cantidad de costo compartido permitida del plan. Como miembro del plan, usted solo debe pagar las cantidades de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo” o de otra manera le cobren más que la cantidad de costo compartido que su plan indica que usted debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta se cubren únicamente si se le despachan en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia Fuera de la Red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan determinadas condiciones.

Grupo Médico: una asociación de médicos de cuidado primario (PCP), especialistas y/o proveedores auxiliares (como terapeutas y radiólogos), con la cual el plan tiene un contrato para brindar servicios de cuidado de la salud como una sola unidad. Los grupos médicos pueden ser de una sola especialidad (p. ej., todos PCP) o de varias especialidades (p. ej., PCP y especialistas).

Herramienta de Beneficios en Tiempo Real: una aplicación web o informática en la que las personas inscritas pueden acceder a información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica de cada inscrito sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye cantidades 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, Tratamiento Escalonado, Límites a la Cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Hospitalización como Paciente Internado: una estadía en el hospital en el que se lo admitió formalmente para recibir servicios médicos especializados. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que igualmente se le considere un paciente ambulatorio.

Indicación Medicamente Aceptada: un uso de un medicamento que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos, o con el respaldo de determinados libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación medicamente aceptada.

Individuo doblemente elegible: una persona elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Límite de Cobertura Inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

Límites a la Cantidad: una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden aplicarse sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o Asistencia Médica): un Programa Federal y Estatal conjunto que ayuda a algunas personas con recursos limitados e ingresos bajos a pagar sus costos médicos. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos del cuidado de la salud están cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

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

Medicamento de Marca: un medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. La fórmula de los medicamentos de marca tiene los mismos principios activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, por lo general, solo están disponibles después del vencimiento de la patente del medicamento de marca.

Medicamento Genérico: un medicamento con receta que, según lo avala la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), tiene el/los mismo(s) principio(s) activo(s) que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y, habitualmente, cuesta menos.

Medicamentos Cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos en virtud de la Parte D. Nuestro plan no necesariamente ofrecerá todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó determinadas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Cada plan debe cubrir determinadas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicare: el Programa Federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con Enfermedad Renal Terminal (generalmente, aquellas que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Médico de Cuidado Primario (PCP): el médico u otro proveedor que usted consulta en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su médico de cuidado primario antes de consultar a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud.

Miembro (Miembro de nuestro Plan o Miembro del Plan): una persona que tiene Medicare y que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Multa por inscripción tardía para la Parte D: una cantidad que se suma a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si pasa un período continuo de 63 días o más sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare) después de comenzar a reunir los requisitos para inscribirse en un plan de la Parte D. Si pierde la Ayuda Adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si está 63 días consecutivos o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable.

Organización de Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de la salud a los que el gobierno federal paga para verificar y mejorar el cuidado brindado a pacientes de Medicare.

Original Medicare (Traditional Medicare o Medicare de Cobro por Servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno; no

es un plan de salud privado, como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En virtud de Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud los pagos establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada para 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 todos los Estados Unidos.

Parte C: consulte **Plan Medicare Advantage (MA)**.

Parte D: el Programa de Beneficios de Medicamentos con Receta voluntario de Medicare.

Período de Beneficios: la forma en que Original Medicare mide su uso de los servicios de hospitales y centros de cuidados especiales (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que le admiten en un hospital o un centro de cuidados especiales. El período de beneficios termina cuando usted pasa 60 días consecutivos sin recibir atención hospitalaria para pacientes internados (o cuidados especializados en un SNF). Si le admiten en un hospital o un centro de cuidados especiales después de que terminó un período de beneficios, comienza otro período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios no tiene límite.

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: el período del 1 de enero al 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar la inscripción en el plan y cambiar a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado 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 comienza a reunir los requisitos de Medicare.

Período de Inscripción Inicial: cuando usted comienza a reunir los requisitos de Medicare, el período durante el cual puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si reúne los requisitos de Medicare al cumplir los 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumpla los 65 años, que incluye el mes en el que cumpla 65 años y termina 3 meses después del mes de su cumpleaños número 65.

Plan de Costos de Medicare: un Plan de Costos de Medicare es un plan operado por una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (CMP) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos en virtud del artículo 1876(h) de la Ley.

Plan de Necesidades Especiales: un tipo especial de Plan Medicare Advantage que brinda cuidados de la salud más enfocados para grupos de personas específicos, como personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o que tienen determinadas afecciones médicas crónicas.

Plan de Necesidades Especiales (SNP) Equivalente Institucional: un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad, pero necesitan un nivel de atención institucional en función de la evaluación del estado. Una entidad que no sea la organización que ofrezca el plan debe realizar y administrar la evaluación utilizando la misma herramienta de evaluación del estado del nivel de la atención. Este tipo de Plan de Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que residan en un centro de vivienda asistida (ALF) contratado si es necesario para garantizar la prestación uniforme de cuidados especializados.

Plan de Necesidades Especiales (SNP) Institucional: un plan que inscribe a personas que reúnen los requisitos y que residen continuamente o se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de cuidados a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de cuidados especiales (SNF), un centro de enfermería (NF), un SNF/NF, un Centro de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidades Intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes internados o centros aprobados por los CMS que presten servicios de cuidado de la salud similares a largo plazo, que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estados de atención médica similares a los otros tipos de centros mencionados. Un Plan de Necesidades Especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con el o los centros de LTC específicos o debe ser dueño de estos y encargarse de su administración.

Plan de Necesidades Especiales de Cuidados Crónicos: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas o más graves, según lo definido en el 42 CFR 422.2, lo que incluye la restricción de la inscripción basada en las agrupaciones de afecciones múltiples comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en el 42 CFR 422.

Plan de Necesidades Especiales para Personas Doblemente Elegibles (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen

derecho a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) y a la asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que aceptaron tratar a miembros del plan por una cantidad de pago especificada. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que los reciba a través de proveedores dentro o fuera de la red. Generalmente, el costo compartido del miembro será mayor cuando reciba los beneficios del plan a través de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual respecto de sus costos de desembolso por servicios recibidos a través de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior respecto de sus costos de desembolso combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan de Salud de Medicare: un plan que es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas que tienen Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, Planes de Costos de Medicare, Planes de Necesidades Especiales, Programas de Demostración/ Piloto y Programas de Cuidado Integral para Personas Mayores (PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare, es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser una i) Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), una ii) Organización de Proveedores Preferidos (PPO), un iii) Plan de Cobro por Servicio Privado (PFFS) o un iv) Plan de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos con Receta**.

Plan PACE: un plan del Programa de Cuidado Integral para Personas Mayores (PACE) combina servicios y apoyos médicos, sociales y a largo plazo (LTSS) para personas frágiles con el fin de ayudarlas a mantener su independencia y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) durante el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza de Medigap (Seguro Complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para subsanar “faltas de cobertura” en Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo se pueden usar con Original Medicare. (Los Planes Medicare Advantage no son pólizas de Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de cuidado de la salud para la cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto Biológico: es un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse de forma exacta, por lo que las versiones alternativas se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Programa de Descuentos para Interrupción de Cobertura de Medicare: un programa que brinda descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de Interrupción de Cobertura y que no estén recibiendo “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en los acuerdos entre el Gobierno Federal y determinados fabricantes de medicamentos.

Prótesis y Dispositivos Ortopédicos: dispositivos médicos que incluyen, a modo de ejemplo, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, lo que incluye materiales para estoma y terapia de nutrición por sonda y parenteral.

Proveedor de la Red: proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de cuidado de la salud, hospitales y otros centros de cuidado de la salud con licencia o certificación de Medicare y el Estado para brindar servicios de cuidado de la salud. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se llaman proveedores del plan.

Proveedor Fuera de la Red o Centro Fuera de la Red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son aquellos que no son

empleados ni de propiedad de nuestro plan, ni operados por este.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **iniciar un procedimiento de queja formal**. El proceso de quejas se utiliza únicamente para determinados tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye quejas si su plan no respeta los plazos en el proceso de apelación.

Queja Formal Integrada: un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, lo cual incluye una queja sobre la calidad de su atención. Esto no implica controversias en la cobertura o el pago.

Seguro de Ingreso Complementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con recursos e ingresos limitados que son discapacitadas o ciegas, o que tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Servicio al Cliente: un departamento, dentro de nuestro plan, que es responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Servicios Cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de cuidado de la salud que cubre nuestro plan.

Servicios Cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios Cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los cuidados dentales, de la vista o de la audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

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, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede tener acceso a ellos en forma temporal, o cuando el inscrito está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser necesarios de inmediato y médicamente necesarios.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Tasa de Costo Compartido Diario: es posible que se aplique una tasa de costo compartido diario cuando su médico le recete un suministro para menos de un mes completo de determinados medicamentos y usted deba pagar un copago. La tasa de costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. Por ejemplo: Si su copago por un suministro para un mes de un medicamento es de \$30, y un suministro para un mes en su plan es de 30 días, entonces, su tasa de costo compartido diario es de \$1 por día.

Tratamiento Escalonado: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico pudo haberle recetado inicialmente.

Multi-language Interpreter Services

English – ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge are available to you. Call **1-800-668-3813** (TTY 711).

Spanish – ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-668-3813** (TTY 711).

Chinese – 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-668-3813** (TTY 711)。

Vietnamese – CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-668-3813** (TTY 711).

French Creole – ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-668-3813** (TTY 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-668-3813** (TTY 711)번으로 전화해 주십시오.

Polish – UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-800-668-3813** (TTY 711).

French – ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-668-3813** (ATS 711).

Arabic – ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-668-3813** (TTY 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-668-3813** (телетайп 711).

Tagalog – PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-668-3813** (TTY 711).

Farsi/Persian – توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-668-3813** (TTY: 711) تماس بگیرید.

German – ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-668-3813** (TTY 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-668-3813** (TTY 711).

Italian – ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-668-3813** (TTY 711).

Japanese – 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-800-668-3813** (TTY 711)まで、お電話にてご連絡ください。

Navajo – Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áa' jiik'eh, éí ná hóló, kójl' hódíílnih **1-800-668-3813** (TTY 711).

Gujarati – ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-668-3813** (TTY 711).

Urdu توجه دیں: اگر آپ اردو زبان بولتے ہیں تو آپ کے لئے زبان معاون خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-800-668-3813** (TTY 711)

Servicio al Cliente de Cigna Healthcare

Método	Servicio al Cliente: Información de Contacto
TELÉFONO	1-800-668-3813 Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al Cliente atiende del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para quienes no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al Cliente atiende del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
CORREO POSTAL	Cigna, Attn: Member Services, P.O. Box 2888, Houston, TX 77252
SITIO WEB	www.cignamedicare.com

Servicios para las Necesidades de Seguros de Salud de las Personas Mayores (SHINE) SHIP de Florida

Servicios para las Necesidades de Seguros de Salud de las Personas Mayores (SHINE) es un programa estatal que recibe dinero del Gobierno Federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud locales a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de Contacto
TELÉFONO	1-800-963-5337
TTY	1-800-955-8770 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.
CORREO POSTAL	SHINE, Department of Elder Affairs, 4040 Esplanade Way, Suite 270, Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO WEB	www.floridashine.org

Declaración sobre divulgación en virtud de la PRA. De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (PRA) de 1995, nadie está obligado a responder a una solicitud de recopilación de información, a menos que exhiba un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Los productos y servicios de Cigna Healthcare son prestados por o se brindan exclusivamente a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group. Los nombres, logotipos y marcas de Cigna, incluidos THE CIGNA GROUP y CIGNA HEALTHCARE, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Las subsidiarias de The Cigna Group tienen un contrato con Medicare para ofrecer planes Medicare Advantage HMO y PPO y Planes de Medicamentos con Receta (PDP) de la Parte D en algunos estados, y con ciertos Programas Estatales de Medicaid. La inscripción en un producto de Cigna Healthcare depende de la renovación del contrato. © 2023 Cigna Healthcare