2027
Evidencia de cobertura

CareOne Plus (HMO)
H1019-113

Daytona y Jacksonville
Norte de Florida

CarePlus HEALTH PLANS™

Nos importa su bienestar

Gracias por ser un afiliado de CareOne Plus (HMO). Valoramos su afiliación, y estamos dedicados a ayudarle a estar lo más saludable posible.

Esta Evidencia de cobertura contiene información importante acerca de su plan. Este libro es un documento muy detallado con la descripción completa y legal de sus beneficios y costos. Usted debe guardar este documento como referencia durante el año del plan.

Esperamos poder ser su socio en la salud por muchos años. Si tiene preguntas, aquí estamos para ayudarlo.

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Evidencia de cobertura para 2027:

Sus beneficios de salud y servicios de Medicare y cobertura para medicamentos como afiliado de CareOne Plus (HMO)

Este documento provee los detalles de su cobertura de la salud y para medicamentos de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

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

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (Si usted es usuario de TTY, llame al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Si llama un día festivo o durante el fin de semana, tenga en cuenta que podría atenderlo nuestro sistema telefónico automatizado. Visite nuestro sitio web CarePlusHealthPlans.com para obtener servicio las 24 horas. Esta llamada es gratuita.

Este plan, CareOne Plus (HMO), es ofrecido por CarePlus Health Plans, Inc. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa CarePlus Health Plans, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa CareOne Plus (HMO)).

Este documento está disponible sin costo en inglés. Esta información está disponible en otros formatos, incluidos Braille, letra grande y audio. Si necesita información del plan en otro formato, llame a Servicios para afiliados al número que aparece anteriormente.

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2028.

Nuestro formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso sobre todos los cambios que puedan afectarle con al menos 30 días de anticipación.

H1019_EOCSP_MAPD_HMO_113000_2027_C

OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)

Contenido

CAPÍTULO 1: Cómo comenzar como afiliado 7
SECCIÓN 1 Usted es afiliado de CareOne Plus (HMO) 7
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 7
SECCIÓN 3 Materiales importantes para afiliados 8
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2027 10
SECCIÓN 5 Información adicional acerca de su prima mensual del plan 16
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de afiliado del plan 18
SECCIÓN 7 Cómo funcionan los otros seguros con nuestro plan 19

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 21
SECCIÓN 1 Contactos de CareOne Plus (HMO) 21
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare 25
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés) 26
SECCIÓN 4 Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) 27
SECCIÓN 5 Seguro Social 27
SECCIÓN 6 Medicaid 28
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados 29
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB, por sus siglas en inglés) 31
SECCIÓN 9 En caso de que tenga un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador 32

CAPÍTULO 3: Uso de nuestro plan para sus servicios médicos 33
SECCIÓN 1 Cómo obtener cuidado médico como afiliado de nuestro plan 33
SECCIÓN 2 Uso de los proveedores de la red de nuestro plan para recibir cuidado médico 34
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en casos de emergencia, desastres o cuidado médico que se necesita con urgencia 39
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 41
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 42
SECCIÓN 6 Normas para obtener cuidado en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud 43
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 44

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 46
SECCIÓN 1 Entienda los gastos de desembolso personal de los servicios cubiertos 46
SECCIÓN 2 La *Tabla de beneficios médicos* muestra sus beneficios y costos 47
SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) 97

CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D 104
SECCIÓN 1 Normas básicas que rigen la cobertura de la Parte D de nuestro plan 104
SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan 104
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la Guía de medicamentos de nuestro plan 109

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura....111
SECCIÓN 5 Qué puede hacer usted si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía 112
SECCIÓN 6 Nuestra Guía de medicamentos puede cambiar en el transcurso del año....115
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 117
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 119
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 119
SECCIÓN 10 Programas para la seguridad y la administración de medicamentos....120

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D....123
SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D 123
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para afiliados de CareOne Plus (HMO) 125
SECCIÓN 3 En el *SmartSummary*® encontrará información sobre en qué etapa de pago se encuentra....125
SECCIÓN 4 La Etapa de deducible 127
SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial 127
SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura catastrófica 132
SECCIÓN 7 Información sobre beneficios adicionales....133
SECCIÓN 8 Lo que usted paga por vacunas de la Parte D....133

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos....135
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago que nos corresponde del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos....135
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que usted recibió....137
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o no....138

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades....140
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y su sensibilidad cultural 140
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como afiliado de nuestro plan....150

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)....152
SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud....152
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada....152
SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema....153
SECCIÓN 4 Guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones....153
SECCIÓN 5 Cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 156
SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 163
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que se le está dando de alta antes de tiempo 172
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando antes de tiempo 176
SECCIÓN 9 Cómo presentar la apelación en los Niveles 3, 4 y 5....180

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras cuestiones 182

CAPÍTULO 10: Cómo finalizar la afiliación a nuestro plan 186
SECCIÓN 1 Finalización de su afiliación a nuestro plan 186
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su afiliación a nuestro plan? 186
SECCIÓN 3 Cómo finalizar su afiliación a nuestro plan 188
SECCIÓN 4 Hasta que termine su afiliación, debe continuar recibiendo los artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 189
SECCIÓN 5 CareOne Plus (HMO) debe terminar su afiliación a su plan en determinadas situaciones 189

CAPÍTULO 11: Avisos legales 191
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente 191
SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación 191
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 191
SECCIÓN 4 Aviso adicional sobre la subrogación (recuperación de terceros) 192
SECCIÓN 5 Cómo funciona Medicare con otro seguro 192

CAPÍTULO 12: Definiciones 196

Anexo A. Información de contacto de las agencias estatales 208

Provee una lista de los nombres, direcciones, números de teléfono y otra información de contacto de una variedad de recursos útiles en su estado.

CAPÍTULO 1:
Cómo comenzar como afiliado

SECCIÓN 1 Usted es un afiliado de CareOne Plus (HMO)

Sección 1.1 Usted está inscrito en CareOne Plus (HMO), que es un Medicare HMO

Usted está cubierto por Medicare, y eligió recibir la cobertura de salud y la cobertura para medicamentos de Medicare a través de nuestro plan, CareOne Plus (HMO). Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores en este plan son diferentes de Medicare Original.

CareOne Plus (HMO) es un Plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

Sección 1.2 Información legal acerca de la Evidencia de cobertura

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre la manera en que CareOne Plus (HMO) cubre su cuidado médico. Otras partes de este contrato incluyen el formulario de afiliación, la *Guía de medicamentos recetados* (*formulario*) y cualquier aviso que reciba de nuestra parte acerca de los cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. En ocasiones, a estos avisos se les llama *cláusulas* o *enmiendas*.

El contrato es válido durante los meses que esté inscrito en CareOne Plus (HMO) entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite hacer cambios a nuestros planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de CareOne Plus (HMO) después del 31 de diciembre de 2027. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar CareOne Plus (HMO) cada año. Puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como afiliado de nuestro plan siempre y cuando decidamos continuar ofreciendo nuestro plan y Medicare renueve la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser afiliado de nuestro plan siempre y cuando cumpla con todos estos requisitos:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (se describe en la Sección 2.2 a continuación). Las personas encarceladas no se consideran residentes del área geográfica de servicio, aunque estén físicamente ubicadas en ella.

- Es ciudadano o nacional estadounidense, o si es un no ciudadano elegible.

Sección 2.2 Área de servicio del plan de CareOne Plus (HMO)

CareOne Plus (HMO) solo está disponible para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para permanecer como afiliado de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio de nuestro plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado/los siguientes condados en Florida: Condados de Clay, Duval, Flagler, St. Johns, Volusia, FL.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo afiliado de este plan. Llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, usted tendrá un Período especial de inscripción para cambiar a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nuevo lugar.

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

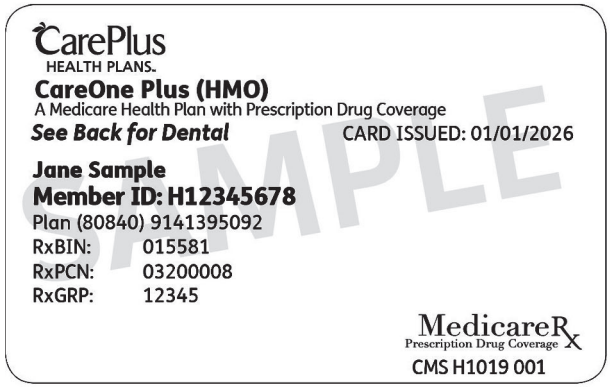
Sección 2.3 Ciudadano o nacional de los EE. UU. , o no ciudadano elegible

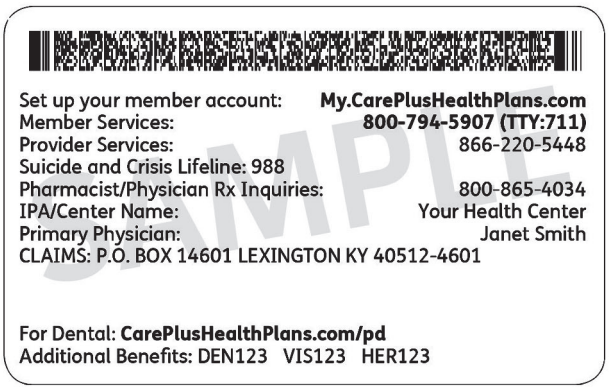
Usted debe ser ciudadano o nacional estadounidense, o no ciudadano elegible para ser un afiliado de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) informará a CareOne Plus (HMO) si usted no es elegible para seguir siendo un afiliado de nuestro plan según esto. CareOne Plus (HMO) debe desafiliarle si usted no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para afiliados

Sección 3.1 La tarjeta de afiliado de nuestro plan

Use la tarjeta de afiliado cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que obtiene en las farmacias de la red. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si tiene una. Muestra de la tarjeta de afiliado:





NO utilice su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para los servicios médicos cubiertos mientras esté afiliado a este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de afiliado de CareOne Plus (HMO), es posible que

usted mismo deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la presente si necesita recibir servicios hospitalarios, obtener servicios de hospicio o participar en estudios clínicos de investigación aprobados por Medicare (también conocidos como ensayos clínicos).

El reverso de la tarjeta de identificación indica sus beneficios dentales con un código de seis caracteres, por ejemplo, DEN000. Los beneficios dentales de Medicare Advantage utilizan una red dental PPO con cobertura dentro de la red solo. El anverso de la tarjeta se refiere únicamente a los beneficios médicos del plan. Para obtener información sobre los beneficios dentales, consulte la descripción del Beneficio Dental Suplementario Obligatorio en el Capítulo 4 de este documento.

Si su tarjeta de afiliado de nuestro plan se daña, se pierde o se la roban, llame sin demora a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* **(CarePlusHealthPlans.com/Directories**) enumera los proveedores, proveedores de equipo médico duradero y farmacias actuales de nuestra red. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un acuerdo con nosotros de aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago en su totalidad.

Debe utilizar los proveedores de la red para recibir el cuidado y los servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, servicios que se necesitan con urgencia cuando la red no está disponible (es decir, situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y los casos en que CareOne Plus (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

El *Directorio de proveedores* (**CarePlusHealthPlans.com/Directories**) enumera las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son las farmacias que acuerdan surtir los medicamentos recetados cubiertos para los afiliados de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de proveedores* para encontrar la farmacia de la red que quiere usar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4 para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

El *Directorio de proveedores* también le indica cuáles de las farmacias en nuestra red tienen costos compartidos preferidos que pueden ser menores que los costos compartidos estándares ofrecidos por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (electrónicamente o en papel) al visitar nuestro sitio web **CarePlusHealthPlans.com/Directories**. El sitio web puede brindarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red. También puede solicitar esta información al llamar a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los *Directorios de proveedores* solicitados en papel se le enviarán dentro de 3 días hábiles.

Sección 3.3 Guía de medicamentos recetados (formulario)

Nuestro plan tiene una *Guía de medicamentos recetados* (también llamada Guía de medicamentos *o formulario*). Le indica qué medicamentos recetados están cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en CareOne Plus (HMO). Los medicamentos de esta lista están seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Guía de medicamentos cumple con todos los requisitos de Medicare. Los medicamentos incluidos en el

Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare estarán incluidos en su Guía de medicamentos a menos que hayan sido eliminados o reemplazados como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Guía de medicamentos de CareOne Plus (HMO).

Además, la Guía de medicamentos informa si existen normas que restringen la cobertura de un medicamento.

Le proporcionaremos una copia de la Guía de medicamentos. La Guía de medicamentos incluye información sobre los medicamentos cubiertos utilizados más habitualmente por nuestros afiliados. Sin embargo, también cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Guía de medicamentos. Si alguno de sus medicamentos no está en la Guía de medicamentos, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de los medicamentos cubiertos, visite **CarePlusHealthPlans.com/DrugGuide** o llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2027

Sus costos en 2027	
	Dentro de la red
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior a esta cantidad. Consulte la Sección 5 para obtener detalles.	**$0**
Cantidad máxima de desembolso personal Este es el máximo que usted pagará como desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2, para obtener información).	**$3,000**
Consultas médicas de cuidado primario	Copago de **$0** por consulta
Consultas médicas con un especialista	Copago de **$10** por consulta

Sus costos en 2027	
	Dentro de la red
Estadías en el hospital como paciente internado Incluye varias estadías en el hospital como paciente internado, como cuidados intensivos, rehabilitación y cuidados a largo plazo. Una estadía en el hospital como paciente internado comienza el día que es ingresado formalmente por orden médica y finaliza el día anterior a su alta.	Copago de **$200** por día para los días 1 – 5 Copago de **$0** por día para los días 6 – 90
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener información, incluidas las Etapas de deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura catastrófica). Es posible que no todos los niveles incluyan insulina. Consulte la Guía de medicamentos recetados para confirmar la cobertura de la insulina.	**Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D** **$0** por Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3 **$700** por Nivel 4 y Nivel 5; excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D
	Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:

Sus costos en 2027	
	Dentro de la red
	Por un suministro de 30 días de una **farmacia minorista**: • **Nivel 1 de medicamentos: $0** Usted no paga más de **$0** por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • **Nivel 2 de medicamentos: $0** Usted no paga más de **$0** por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • **Nivel 3 de medicamentos: 15%** Usted no paga más de **15%** hasta **$35** por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • **Nivel 4 de medicamentos: 50%** Usted no paga más de **25%** hasta **$35** por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • **Nivel 5 de medicamentos: 25%** Usted no paga más de **25%** hasta **$35** por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Por un suministro de 100 días de una **farmacia de pedido por correo** con costos compartidos preferidos: • **Nivel 1 de medicamentos: $0** Usted no paga más de **$0** por un suministro de 3 meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • **Nivel 2 de medicamentos: $0** Usted no paga más de **$0** por un suministro de 3 meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • **Nivel 3 de medicamentos: 13%** Usted no paga más de **13%** hasta **$105** por un suministro de 3 meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • **Nivel 4 de medicamentos: 50%** Usted no paga más de **25%** hasta **$105** por un suministro de 3 meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • **Nivel 5 de medicamentos:** no disponible

Sus costos en 2027	
	Dentro de la red
	Por un suministro de 100 días de una **farmacia de pedido por correo** con costos compartidos estándar: • **Nivel 1 de medicamentos: $30** Usted no paga más de **25%** hasta **$30** por un suministro de 3 meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • **Nivel 2 de medicamentos: $60** Usted no paga más de **14%** hasta **$60** por un suministro de 3 meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • **Nivel 3 de medicamentos: 15%** Usted no paga más de **15%** hasta **$105** por un suministro de 3 meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • **Nivel 4 de medicamentos: 50%** Usted no paga más de **25%** hasta **$105** por un suministro de 3 meses de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • **Nivel 5 de medicamentos:** no disponible
	Cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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 afiliación tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) (Sección 4.4)
- Cantidad del plan de Medicare para el pago de medicamentos recetados (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual separada del plan para CareOne Plus (HMO).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos afiliados tienen que pagar otras primas de Medicare

Disminución de prima de la Parte B de Medicare

Su prima de la Parte B de Medicare se deduce automáticamente de su cheque mensual del Seguro Social. Mientras usted esté inscrito en este plan, CarePlus pagará hasta **$2** de su prima de la Parte B de Medicare. Como resultado, su cheque mensual del Seguro Social se aumentará en esta cantidad. No es necesario completar ningún papeleo para recibir este beneficio. Nosotros nos encargaremos de eso por usted. La parte de la prima de la Parte B de Medicare que paga CarePlus solo se aplica a cualquier cantidad no pagada por Medicaid.

La Administración del Seguro Social podría tardar varios meses en completar el proceso. Esto significa que es posible que no vea el aumento en su cheque del Seguro Social durante varios meses después de la fecha de vigencia de este plan. Los aumentos faltantes serán agregados a su siguiente cheque después de que se haya completado el proceso.

Tenga en cuenta que, si se desafilia de este plan, su beneficio de la prima de la Parte B de Medicare terminará en la fecha de desafiliación. Como mencionamos anteriormente, la Administración del Seguro Social podría tardar varios meses en completar el proceso. Cualquier disminución en la prima que usted reciba después de la desafiliación finalmente será deducida de su cheque del Seguro Social.

Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo afiliado de nuestro plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede pagar una prima para la Parte A, si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por afiliación tardía de la Parte D

Algunos afiliados deben pagar una **multa por afiliación tardía** de la Parte D. La multa por afiliación tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que termina su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más en que no haya tenido cobertura de la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos. La cobertura válida para medicamentos es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare dado que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare. El costo de la multa por afiliación tardía dependerá del tiempo que usted haya permanecido sin cobertura de la Parte D o sin otra cobertura válida para medicamentos. Por lo general, tendrá que pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

Cuando usted se inscribe por primera vez en CareOne Plus (HMO), le informamos la cantidad de la multa. Si no paga la multa por afiliación tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

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

- Recibe Ayuda adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos.
- Pasó menos de 63 días seguidos sin la Parte D u otra cobertura válida.
- Tuvo una cobertura válida para medicamentos a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés)). Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es cobertura válida. Puede recibir esta información en una carta o un boletín de ese plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
  - **Tenga en cuenta:** Cualquier carta o notificación debe afirmar que usted tenía cobertura válida para medicamentos recetados que se espera que pague la misma cantidad que paga el plan de medicamentos estándar de Medicare.
  - **Tenga en cuenta:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos no son coberturas válidas para medicamentos recetados.

Medicare determina la cantidad de la multa por afiliación tardía de la Parte D. Funciona de la siguiente manera:

- Si pasó 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados después de haber sido elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio del plan para los planes de medicamentos de Medicare del país en el año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2027, la cantidad promedio de la prima es de **$41.33**.
- Para calcular la multa mensual, Medicare multiplica la cantidad de meses sin cobertura (el porcentaje de la multa) por el 1% de la prima base nacional del beneficiario y luego redondea esa cantidad a los 10 centavos más próximos. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin la Parte D u otra cobertura válida, la multa sería el 14% multiplicado por **$41.33**, que es igual a **$5.79**. Esto se redondea a **$5.80**. Esta cantidad se sumaría a **la prima mensual del plan de una persona que tiene una multa por afiliación tardía de la Parte D.**

Tres elementos importantes que se deben tener en cuenta sobre la multa por afiliación tardía de la Parte D mensual:

- **La multa puede cambiar cada año** porque la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Por lo general, usted continuará pagando una multa** todos los meses durante el tiempo en que esté afiliado a un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si usted tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por afiliación tardía de la Parte D volverá a cero cuando usted cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por afiliación tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial por envejecimiento en Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por afiliación tardía de la Parte D, usted o su representante puede solicitar una reconsideración (apelación) de la multa. **La reconsideración es realizada por un organismo de revisión independiente que no tiene relación con nosotros.** Por lo general, debe solicitar la reconsideración **en un plazo de 60 días** desde la fecha de la primera carta que reciba en la que se le informe que debe pagar una multa por afiliación tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de que se haya afiliado a nuestro plan, por lo general no tendrá otra oportunidad de solicitar una reconsideración de dicha multa por afiliación tardía.

Importante: no deje de pagar la multa por afiliación tardía de la Parte D mientras espera la reconsideración de la decisión sobre su multa por afiliación tardía. De lo contrario, se le podría desafiliar por no pagar las primas de su plan.

Sección 4.4 Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos

Es posible que algunos afiliados deban pagar un cargo adicional, denominado Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos ajustados modificados según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de 2 años atrás. Si esta cantidad supera cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que puede tener que pagar según sus ingresos, visite es.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar una IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan Medicare, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional. La cantidad adicional será retenida de su cheque de beneficio de Seguro Social, Junta de Jubilación Ferroviaria o la Oficina de Administración de Personal, sin importar la manera en que usted generalmente pague la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficio no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, usted recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar la IRMAA adicional directamente al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga la IRMAA adicional, se le desafiliará de nuestro plan y perderá su cobertura para medicamentos recetados**.

Si no está de acuerdo con pagar una IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Cantidad del plan de Medicare para el pago de medicamentos recetados

Si usted está participando en el plan de Medicare para el pago de medicamentos recetados, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de parte de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se compone de lo que debe por cualquier medicamento recetado que obtiene, más el saldo del mes anterior, dividido por el número de meses que restan en el año.

En el Capítulo 2, Sección 7, encontrará más información sobre el plan de Medicare para el pago de medicamentos recetados. Si no está de acuerdo con la cantidad facturada como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos en el Capítulo 9 para realizar una queja o una apelación.

SECCIÓN 5 Información adicional acerca de su prima mensual del plan

Sección 5.1 Si usted paga una multa por afiliación tardía de la Parte D, existen varias maneras en las que puede pagar la multa

Existen cuatro maneras en las que puede pagar la multa.

Su formulario de inscripción tenía una sección para que usted seleccione una opción de pago. Si no seleccionó una opción de pago, recibirá un talonario de pagos, pero puede cambiar su método de pago en cualquier momento. Las cuatro opciones descritas a continuación son:

- Pagar con cheque
- Establecer pagos automáticos de su cuenta bancaria
- Establecer pagos automáticos de su cheque de la Junta de Jubilación Ferroviaria
- Establecer pagos automáticos de su cheque del Seguro Social

Si quiere cambiar su opción de pago, llame a Servicios para filiados al 800-794-5907, TTY 711.

Si decide cambiar la forma de pago de la multa por afiliación tardía de la Parte D, puede demorar hasta tres meses para que la nueva forma de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de una nueva forma de pago, usted es responsable de asegurarse de que su multa por afiliación tardía de la Parte D se pague a tiempo.

Opción 1: Pagar con cheque

Puede pagar con cheque usando el talonario de pagos de CarePlus que le entregaremos. Si elige esta opción, su multa por afiliación tardía de la Parte D siempre vencerá el primer día del mes.

Asegúrese de seguir estos pasos para que no haya demoras en el procesamiento de sus pagos:

- Haga el cheque a nombre de CarePlus Health Plans, Inc. También puede usar un giro postal.
- Siempre incluya el cupón junto con su pago y envíelo a la dirección que se indica en el cupón.
- Escriba su número de cuenta de CarePlus en su cheque. Puede encontrar su número de cuenta en la esquina superior izquierda del cupón.
- Si el pago es para varios afiliados o cuentas, escriba todos los números de cuenta en su cheque, así como la cantidad de pago de cada una.
- Si alguien más realiza un pago por usted, asegúrese de que el nombre de usted y número de cuenta de CarePlus estén escritos en el cheque.
- Si quiere pagar más de una multa por afiliación tardía de la Parte D mensual, envíe todos los cupones que quiera pagar de una vez y haga el cheque por la cantidad total
- Recuerde: no emita ni envíe los cheques a nombre de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ni al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. porque podría ocasionar una demora en el pago de su multa por afiliación tardía de la Parte D.
- Envíe los cheques a:
  CarePlus Health Plans, Inc.
  P.O. Box 740354
  Atlanta, GA 30374-0354

Si tiene que reemplazar su talonario de pago, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907, TTY 711.

Opción 2: Usted puede establecer pagos automáticos de su cuenta de cheques o de ahorros

Usted puede hacer que su multa por afiliación tardía de la Parte D mensual se debite automáticamente de su cuenta de cheques o de ahorros. Puede contactar a Servicios para afiliados para obtener más información sobre cómo pagar su multa por afiliación tardía.

Si elige esta opción, debitaremos la multa por afiliación tardía de la Parte D de su cuenta bancaria, entre el 1 y el 7 de cada mes.

Opción 3: Hacer que su multa por afiliación tardía de la Parte D se debite de su cheque mensual de la Junta de Jubilación Ferroviaria

Puede hacer que la multa por afiliación tardía de la Parte D se debite de su cheque mensual de la Junta de Jubilación Ferroviaria. Puede contactar a Servicios para afiliados para obtener más información sobre cómo pagar su multa por afiliación tardía de esta forma. Estaremos encantados de ayudarle a establecer esta opción.

Opción 4: Hacer que su multa por afiliación tardía de la Parte D se debite de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer que la multa por afiliación tardía de la Parte D se debite de su cheque mensual del Seguro Social. Póngase en contacto con Servicios para afiliados para obtener más información sobre cómo pagar la multa de esta manera. Estaremos encantados de ayudarle a establecer esta opción.

Cambiar la forma en que paga su multa. Si decide cambiar la opción con la que paga su multa por afiliación tardía de la Parte D, su nuevo método de pago puede demorar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que su multa por

afiliación tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, si corresponde, comuníquese con Servicios para afiliados.

Si tiene dificultades para pagar su multa por afiliación tardía de la Parte D

La multa por afiliación tardía de la Parte D debe estar en nuestra oficina el primer día del mes. Si no hemos recibido el pago de su multa antes del 15 del mes, le enviaremos un aviso del saldo de su cuenta y le informaremos que su cuenta puede seguir con otras actividades de cobranza. Si se le requiere el pago de una multa por afiliación tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos recetados.

Si tiene dificultades para pagar su multa por afiliación tardía de la Parte D a tiempo, póngase en contacto con Servicios para afiliados para ver si podemos referirle a programas que le ayuden con sus costos.

Sección 5.2 La prima mensual de su plan no cambiará durante el año

No se nos permite cambiar la cantidad de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si cambia la prima mensual del plan para el próximo año, le informaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigencia desde el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por afiliación tardía, si debe una, o necesite comenzar a pagar una multa por afiliación tardía.

- Si actualmente paga una multa por afiliación tardía de la Parte D y es elegible para la Ayuda adicional durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la Ayuda adicional, puede quedar sujeto a la multa por afiliación tardía de la Parte D si se da de baja de su plan y pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D o sin otra cobertura válida para medicamentos recetados.

Obtenga más información acerca de Ayuda adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de afiliado del plan

Su registro de afiliado tiene la información de su formulario de inscripción, incluso su dirección y su número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan que incluye a su Proveedor de cuidado primario.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de su plan **usan su registro de afiliado para saber qué servicios y medicamentos incluye su cobertura y sus cantidades de costos compartidos**. Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Si realizó alguno de los siguientes cambios, infórmenos:

- Cambio de nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (como, por ejemplo, de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja doméstica, un programa de compensación laboral o Medicaid)
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si se encuentra admitido en un hogar para personas de la tercera edad

- Si recibe cuidado médico en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia la persona responsable designada (como, por ejemplo, el cuidador)
- Si participa de un estudio de investigación clínica (**Tenga en cuenta:** no es necesario que informe a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero le recomendamos que lo haga)

Si cambia alguna de esta información, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para informarnos.

También es importante contactar al Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan los otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información acerca de cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que usted pueda tener para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios dentro de nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta donde se indica cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que conozcamos. Lea toda la información detenidamente. Si es correcta, no deberá hacer nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no está allí, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Tal vez deba darle a su otro seguro el número de identificación como afiliado de su plan (después de confirmar la identidad) para que sus cuentas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal de su empleador), las normas de Medicare deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (el "pagador primario") paga hasta el límite de su cobertura. El seguro que paga segundo (el "pagador secundario") solo paga si queda algún costo pendiente que la cobertura primaria no haya pagado. El pagador secundario podría no pagar los costos que no estén cubiertos. Si tiene otro seguro, dígaselo a su médico, hospital y a su farmacia.

Se aplican las siguientes normas para la cobertura grupal en el plan de salud de su empleador o sindicato:

- Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura grupal en el plan de salud proviene de su empleador actual o del empleador actual de un miembro de su familia, quién paga primero dependerá de su edad, la cantidad de empleados que tenga el empleador y si usted tiene Medicare por su edad, por una discapacidad o porque tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):
  - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted (o el miembro de su familia) todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si por lo menos es un empleador de un plan de empleadores múltiples que tiene más de 100 empleados.
  - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) todavía está trabajando, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si por lo menos es un empleador de un plan de empleadores múltiples que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare porque padece de Enfermedad renal en etapa terminal, su plan de salud grupal paga primero durante los primeros 30 meses después de que usted se vuelva elegible para Medicare.

Los siguientes tipos de coberturas, por lo general, pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin parte culpable (incluido el seguro de automóvil)
- Seguro de responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios para pulmón negro
- Programa de compensación laboral

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

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de CareOne Plus (HMO)

Para recibir ayuda con las reclamaciones, la facturación o si tiene preguntas acerca de la tarjeta de afiliado, llame o escriba a Servicios para afiliados de CareOne Plus (HMO). Será un placer ayudarle.

Servicios para afiliados – Información de contacto	
Llame	800-794-5907 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana y días festivos. Para obtener servicio las 24 horas, puede visitarnos en **CarePlusHealthPlans.com**. Además, Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) les proporciona servicios gratuitos de intérpretes de otros idiomas a los afiliados que no hablen inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
Fax	888-556-2128
Escriba a	CarePlus Health Plans, Inc. P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
Sitio web	**CarePlusHealthPlans.com/ContactUs**

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y el cambio de una decisión de cobertura. Si desea más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones acerca de su cuidado médico o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura para el cuidado médico – Información de contacto	
Llame	800-794-5907 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana y días festivos. Para obtener servicio las 24 horas, puede visitarnos en **CarePlusHealthPlans.com**.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
Fax	888-790-9999
Escriba a	CarePlus Health Plans, Inc. P.O. Box 14165 Lexington, KY 40512-4165
Sitio web	**CarePlusHealthPlans.com/Decisions**

Decisiones de cobertura para medicamentos de la Parte D – Información de contacto	
Llame	800-555-2546 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana y días festivos. Para obtener servicio las 24 horas, puede visitarnos en **CarePlusHealthPlans.com**.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
Fax	877-486-2621 solo para determinaciones de cobertura
Escriba a	CarePlus Health Plans, Inc. Attention: CarePlus Clinical Pharmacy Review P.O. Box 14601 Lexington, KY 40512-4601
Sitio web	**CarePlusHealthPlans.com/RxDecisions**

Apelaciones para cuidado médico – Información de contacto	
Llame	800-794-5907 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana y días festivos. Para obtener servicio las 24 horas, puede visitarnos en **CarePlusHealthPlans.com**.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
Fax	888-556-2128 Cuidado médico y servicios dentales
Escriba a	**Apelaciones para cuidado médico** CarePlus Grievances & Appeals Department P.O. Box 14165 Lexington, KY 40512-4165 **Apelaciones para servicios dentales** HumanaDental for CarePlus P.O. Box 14165 Lexington, KY 40512-4165
Sitio web	**CarePlusHealthPlans.com/Appeal** – Cuidado médico **CarePlusHealthPlans.com/Dental** – Servicios dentales

Apelaciones para medicamentos de la Parte D – Información de contacto	
Llame	800-451-4651 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario normal, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
Fax	877-556-7005
Escriba a	CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Grievance & Appeals Department P.O. Box 14165 Lexington, KY 40512-4165

Apelaciones para medicamentos de la Parte D – Información de contacto	
Sitio web	**CarePlusHealthPlans.com/Resources**

Cómo presentar una queja acerca de su cuidado médico

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluyendo una queja acerca de la calidad del cuidado médico. Este tipo de queja no incluye conflictos con pagos o coberturas. Si desea más información sobre cómo presentar una queja relacionada con su cuidado médico, consulte el Capítulo 9.

Quejas acerca del cuidado médico o medicamentos de la Parte D – Información de contacto	
Llame	800-794-5907 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana y días festivos. Para obtener servicio las 24 horas, puede visitarnos en **CarePlusHealthPlans.com**.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
Fax	888-556-2128 Cuidados médicos, Medicamentos de la Parte D y servicios dentales
Escriba a	**Quejas acerca del cuidado médico o medicamentos de la Parte D** CarePlus Grievances & Appeals Department P.O. Box 14165 Lexington, KY 40512-4165 **Quejas acerca de servicios dentales** HumanaDental for CarePlus P.O. Box 14165 Lexington, KY 40512-4165
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja acerca de CareOne Plus (HMO) directamente a Medicare, vaya a es.medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo solicitarnos que paguemos la parte del costo que nos corresponde por el cuidado médico o un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de un proveedor) que considera que nosotros debemos pagar, es posible que necesite solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Solicitudes de pago – Información de contacto	
Llame	800-794-5907 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana y días festivos. Para obtener servicio las 24 horas, puede visitarnos en **CarePlusHealthPlans.com**.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
Escriba a	**Solicitud de pago – Cuidado médico** CarePlus Health Plans, Inc. P.O. Box 14601 Lexington, KY 40512-4601 **Solicitud de pago -Medicamentos de la Parte D** CarePlus Health Plans, Inc. P.O. Box 14140 Lexington, KY 40512-4140 **Solicitudes de pago – Servicios dentales** HumanaDental for CarePlus P.O. Box 14611 Lexington, KY 40512-4611
Sitio web	**CarePlusHealthPlans.com/Resources** – Cuidado médico o medicamentos de la Parte D **CarePlusHealthPlans.com/Dental** – Servicios dentales

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

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

La agencia federal que está a cargo del programa Medicare es Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Esta agencia tiene un contrato con las organizaciones de Medicare Advantage, lo que incluye a nuestro plan.

Medicare – Información de contacto	
Llame	1-800-MEDICARE (800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en es.Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	es.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que prestan. • Encuentre médicos u otros prestadores y proveedores de atención médica que participan en Medicare. • Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, vacunas y consultas anuales de "bienestar"). • Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de los cuidados médicos que se proporcionan con los planes, hogares para personas de la tercera edad, hospitales, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar, centros de diálisis, centros de cuidados de hospicio, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidados a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. Además, puede visitar es.Medicare.gov para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre CareOne Plus (HMO). **Para presentar una queja a Medicare,** visite es.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. La información de contacto del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) se puede encontrar en el "Anexo A" en la parte final de este documento.

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa estatal independiente (no tiene conexión con ninguna compañía de seguro o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento local y gratis sobre el seguro de la salud a las personas con Medicare.

Los asesores de SHIP pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, ayudarle a presentar quejas sobre su cuidado médico o tratamiento, y a solucionar los problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de SHIP además pueden ayudarle con preguntas o problemas con Medicare, ayudarle a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca del cambio de plan.

SECCIÓN 4 Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés)

Una Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) designada presta servicios a las personas que tienen Medicare en cada estado. La información de contacto de la Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) de su estado se puede encontrar en el "Anexo A" en la parte final de este documento.

La Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) tiene un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud que son pagados por Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado médico de las personas con Medicare. La QIO es una organización independiente. No tiene conexión con nuestro plan.

Póngase en contacto con su QIO en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad del cuidado médico recibido. Algunos ejemplos de problemas relacionados con la calidad del cuidado incluyen recibir medicamentos equivocados, pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico erróneo.
- Piensa que la cobertura de su hospitalización está terminando demasiado pronto.
- Piensa que la cobertura de los servicios de cuidado de la salud en el hogar, de cuidado en un centro de enfermería especializada o del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) está terminando demasiado pronto.

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción en Medicare. El Seguro Social es también responsable de determinar quién tiene que pagar una cantidad adicional por su cobertura para medicamentos de la Parte D debido a que tengan ingresos superiores. Si usted recibió una carta del Seguro Social que le dice que usted tiene que pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos bajaron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para pedir la reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección de correo, póngase en contacto con el Seguro Social para informárselo.

Seguro Social – Información de contacto	
Llame	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para escuchar la información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes.
Sitio web	SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que provee ayuda con los costos médicos a algunas personas de recursos e ingresos limitados. Algunas personas con Medicare también reúnen los requisitos para tener Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como sus primas de Medicare. Dichos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario de Medicare elegible (QMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también reúnen los requisitos para recibir beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare (SLMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también reúnen los requisitos para recibir beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona elegible (QI, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados elegibles (QDWI, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si desea más información acerca de Medicaid y los Programas de ahorros de Medicare, póngase en contacto con su oficina estatal de Medicaid. La información de contacto de su oficina estatal de Medicaid se puede encontrar en el “Anexo A” en la parte final de este documento.

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados

El sitio web de Medicare **(es.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)** tiene información sobre las maneras de reducir los costos de los medicamentos recetados. Los programas descritos a continuación pueden ayudar a personas con ingresos limitados.

Ayuda Adicional de Medicare

Medicare y Seguro social tienen un programa llamado Ayuda Adicional que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos a las personas con ingresos y recursos limitados. Si es elegible, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual , el deducible anual y los copagos de su plan de medicamentos de Medicare. La Ayuda Adicional también se tendrá en cuenta para sus gastos de desembolso personal.

Si usted es elegible automáticamente para la Ayuda Adicional, Medicare le enviará una carta violeta para avisarle. Si no es elegible automáticamente, puede solicitarla en cualquier momento. Para saber si es elegible para obtener la Ayuda Adicional:

- Visite https://secure.ssa.gov/i1020/start para solicitarla en línea.
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuando se inscribe para la Ayuda Adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud para un MSP, a menos que usted indique lo contrario en la solicitud de Ayuda Adicional.

Si califica para recibir Ayuda Adicional y piensa que está pagando una cantidad incorrecta por su medicamento recetado en la farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarlo a obtener pruebas del monto de copago adecuado. Si ya tiene pruebas del monto adecuado, podemos ayudarle a que nos las proporcione.

- Si ya tiene un documento que compruebe que es elegible para recibir Ayuda Adicional, también puede mostrarlo la próxima vez que vaya a una farmacia para surtir un medicamento recetado. Puede utilizar cualquiera de los siguientes documentos como prueba ante nosotros, o para mostrarlo como prueba en la farmacia.

Prueba de que usted ya tiene el estado de Ayuda Adicional

- Una copia de su tarjeta de Medicaid que muestre su nombre y la fecha en la que comenzó a reunir los requisitos para la Ayuda Adicional. La fecha tiene que ser del mes de julio o más tarde del año pasado.
- Una carta de la Administración del Seguro Social que muestre su estado de Ayuda Adicional. Esta carta podría llamarse Información importante, Carta de asignación, Aviso de cambio o Aviso de acción.
- Una carta de la Administración del Seguro Social que muestre que usted recibe Ingreso suplementario de seguridad. Si ese es el caso, usted también es elegible para Ayuda Adicional.

Prueba de que usted tiene el estado activo en Medicaid

- Una copia de cualquier documento estatal o cualquier copia impresa del sistema estatal que muestre su estado activo en Medicaid. La fecha activa mostrada debe ser del mes de julio o más tarde del año pasado.

Prueba de pago de Medicaid por una estadía en un centro médico

Su estadía en el centro médico debe ser por lo menos un mes completo, y tiene que ser del mes de julio o más tarde del año pasado.

- Un estado de facturación del centro médico que muestre el pago de Medicaid
- Una copia de cualquier documento estatal o cualquier copia impresa del sistema estatal que muestre el pago de Medicaid para usted

Si muestra por vez primera uno de los documentos enumerados anteriormente como prueba en la farmacia, envíenos una copia también. Envíe el documento a:

CarePlus Health Plans, Inc.
P.O Box 14168
Lexington, KY 40512-4168

- Cuando recibamos la prueba que muestre el nivel de copago adecuado, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto adecuado cuando obtenga el próximo medicamento recetado. Si pagó de más por su copago, le devolveremos la cantidad correspondiente mediante un cheque o crédito de copago futuro. Si la farmacia no recibió el copago y usted les debe dinero, es posible que le paguemos directamente a la farmacia. Si el estado realizó el pago en su nombre, es posible que le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que están viviendo con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos esenciales contra el VIH. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP son elegibles para ayuda para los costos compartidos de los medicamentos recetados a través del ADAP que opera en su estado.

Tenga en cuenta: Para reunir los requisitos para el programa ADAP en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluidos la prueba de residencia estatal y condición de VIH, bajos ingresos (según lo definido por el estado), y no tener seguro o tener seguro insuficiente. Si cambia de planes, notifique a su trabajador de inscripción de ADAP local para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP que opera en su estado. La información de contacto del Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) se puede encontrar en el “Anexo A” en la parte final de este documento.

Plan de Medicare para el pago de medicamentos recetados

El plan de Medicare para el pago de medicamentos recetados es una opción de pago que trabaja con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los gastos de desembolso personal por los medicamentos cubiertos por nuestro plan para que se repartan **a lo largo del año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni bajar el costo de los medicamentos. Si está participando en el plan de Medicare para el pago de medicamentos recetados y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027; no es necesario presentar una nueva solicitud de elección para seguir**

participando en 2027. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite es.Medicare.gov.

Plan de Medicare para el pago de medicamentos recetados – Información de contacto	
Llame	800-794-5907 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana y días festivos. Para obtener servicio las 24 horas, puede visitarnos en **CarePlusHealthPlans.com**. Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
Escriba a	CarePlus Health Plans, Inc. P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
Sitio web	Para obtener más información sobre esta opción de pago, visite **CarePlusHealthPlans.com/RxCostHelp** o visite es.Medicare.gov.

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB)

La Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB, por sus siglas en inglés) es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores de ferrocarriles de la nación y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación Ferroviaria, infórmeles si se muda o cambia su dirección de correo. Si tiene preguntas acerca de los beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, póngase en contacto con la agencia.

Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) – Información de contacto	
Llame	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 9 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a.m. a 12 p.m. los miércoles. Presione “1” para acceder a la Línea de ayuda automatizada de la RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.

Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) – Información de contacto	
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov/

SECCIÓN 9 En caso de que tenga un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) recibe los beneficios del grupo de su empleador o de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador o sindicato, o a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede solicitar información acerca de sus beneficios de salud, primas o período de inscripción de su empleador (o el de su cónyuge o pareja doméstica) o para jubilados. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene alguna pregunta sobre su cobertura de Medicare bajo este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura para medicamentos a través del grupo de su empleador o de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica), póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios le puede ayudar a entender cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:
Uso de nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener cuidado médico como afiliado de nuestro plan

Este capítulo le explica lo que debe saber para usar nuestro plan de manera que su cuidado médico esté cubierto. Para obtener detalles sobre qué cuidado médico cubre nuestro plan y cuánto debe pagar cuando reciba cuidado, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y los servicios cubiertos

- Los **proveedores** son médicos y otros profesionales del cuidado de la salud autorizados por el estado para proveer servicios y cuidado médico. 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 del cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad que usted paga de costos compartidos como pago total. Coordinamos que estos proveedores brinden los servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente el cuidado médico que le proveen a usted. Cuando usted consulta a un proveedor de la red, paga solo la parte del costo que le corresponde de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen todo el cuidado médico, los servicios de cuidado de la salud, los suministros, el equipo y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos para cuidado médico se listan en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para que la cobertura de nuestro plan abarque el cuidado médico

Como plan de salud de Medicare, CareOne Plus (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare original y cumplir con las normas de cobertura de Medicare original.

CareOne Plus (HMO), por lo general, cubrirá su cuidado médico siempre y cuando:

- **El cuidado médico que reciba esté incluido en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **El cuidado médico que reciba se considere necesario por razones médicas.** Necesario por razones médicas significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- **Usted tenga un proveedor de cuidado primario (PCP) de la red que le provea y supervise su cuidado médico.** Como afiliado de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).
  - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle su aprobación previa (un referido) antes de poder usar a otros proveedores de la red de nuestro plan, como por ejemplo especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de cuidado de la salud en el hogar. Si desea más información, consulte la Sección 2.3.
  - No necesita referidos de su PCP para recibir cuidado médico en casos de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia. Para obtener información sobre otras clases de cuidado médico que puede recibir sin necesitar la aprobación previa de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir cuidado médico de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, el cuidado médico que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan) no estará cubierto. Esto significa que usted tiene que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios que recibe. Estas son 3 excepciones:
  - Nuestro plan cubre los servicios de cuidado médico en casos de emergencia o que se necesitan con urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para saber qué son los servicios en caso de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia, consulte la Sección 3.
  - Si necesita cuidado médico que Medicare requiere que sea cubierto por nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que provean este cuidado, puede recibirlo de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Usted debe obtener autorización de nuestro plan antes de buscar cuidado médico de un proveedor fuera de la red. En esta situación, usted paga lo mismo que pagaría si hubiera obtenido cuidado médico de un proveedor de la red. Si desea más información acerca de la obtención de aprobación para consultar un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
  - Nuestro 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 de nuestro plan o cuando su proveedor de este servicio esté temporalmente no disponible o inaccesible. Los costos compartidos que usted paga a nuestro plan por diálisis nunca pueden ser mayores que los costos compartidos en Medicare original. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe la diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted opta por obtener servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Uso de los proveedores de la red de nuestro plan para recibir cuidado médico

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) para proveer y supervisar su cuidado médico

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

Cuando usted se inscribe como afiliado de nuestro plan, debe elegir un proveedor de la red dentro del área de servicio de su plan para que sea su proveedor de cuidado primario. Su proveedor de cuidado primario es un

proveedor que reúne los requisitos estatales y que está capacitado para brindarle cuidado médico básico. Su *Directorio de proveedores* le indicará qué proveedores pueden actuar como su proveedor de cuidado primario. Como explicamos a continuación, su PCP le brindará cuidado médico rutinario o básico. Su PCP también puede coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como afiliado del plan. Por ejemplo, para ver a un especialista de la red, por lo general, usted primero necesita obtener la aprobación de su PCP (esto se llama obtener un "referido" para un especialista).

Esto incluye:

- Radiografías
- Pruebas de laboratorio
- Terapias
- Cuidado de médicos especialistas
- Admisiones hospitalarias
- Cuidado de seguimiento

"Coordinar" sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan acerca de su cuidado médico y sobre cómo está funcionando. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos por proveedores de la red, debe obtener una aprobación por adelantado de su PCP (como darle un referido). En algunos casos, su PCP deberá obtener la aprobación previa o autorización previa. El Capítulo 4 tiene más información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Debido a que su PCP puede proveer y coordinar su cuidado médico, usted debe hacer que se envíen todos sus expedientes médicos anteriores al consultorio de su PCP. El Capítulo 8 le informa cómo protegeremos la privacidad de sus expedientes médicos y la información personal sobre su salud.

¿Cómo recibe cuidado médico de su PCP?

Por lo general, verá primero a su PCP para la mayoría de sus necesidades de cuidado rutinario de la salud. Sin embargo, hay algunos tipos de servicios cubiertos que usted puede recibir por su propia cuenta, sin contactar primero a su PCP. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.2, para obtener más información.

Si es después del horario laborable y usted tiene una necesidad de cuidado médico rutinario, vuelva a llamar a su PCP durante el horario laborable. Si usted tiene una emergencia o si tiene una necesidad urgente de cuidado médico después del horario laborable, consulte las Secciones 3.1 o 3.2 en este capítulo.

¿Cómo elegir a un PCP?

Al inscribirse, usted recibió un *Directorio de proveedores* con una lista de muchos PCP dentro de su área. Si necesita ayuda para encontrar o elegir uno, llame a Servicios para afiliados o siempre puede ver la lista más actualizada en línea en **CarePlusHealthPlans.com/FindCare**.

Para elegir un PCP que le convenga, llame para preguntar cuánto tiempo suele tardar en conseguir una cita y asegúrese de que el horario de atención sea conveniente para usted. Si hay determinados hospitales de la red que usted cree que desearía utilizar, también debe preguntar si el PCP los utiliza.

Cuando usted recibe su tarjeta de identificación de afiliado de CarePlus, el nombre de su PCP estará impreso en la misma, para que lo tenga siempre a mano.

Si prefiere tener un PCP que tenga el mismo origen cultural, étnico o racial que usted, llame a Servicios para afiliados para preguntar si hay alguien en la red.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje de pertenecer a la red de proveedores de nuestro plan, por lo que tendría que elegir un nuevo PCP.

Deberá preguntar qué hospitales y especialistas su PCP utiliza para referidos.

Para cambiar de PCP, llame a Servicios para afiliados. Nos aseguraremos de que su nuevo PCP esté aceptando nuevos pacientes y luego le enviaremos su tarjeta de identificación de afiliado actualizada. El cambio, por lo general, entra en vigor el primer día del mes después de su llamada.
Asegúrese de informarle a Servicios para afiliados si actualmente está consultando a un especialista o a cualquier otro proveedor que requirió un referido de su antiguo PCP. Nosotros nos aseguraremos de que usted pueda continuar con todos los servicios que ya le habían sido aprobados.

Sección 2.2 Cuidado médico que puede recibir sin un referido de su PCP

Puede recibir los servicios que se indican a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Cuidado de la salud rutinario para la mujer, que incluye exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la influenza, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios en casos de emergencia que reciba de proveedores de la red o fuera de la red
- Los servicios que se necesitan con urgencia cubiertos por el plan son los que requieren atención médica inmediata (pero no son de emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o no es razonable, debido al tiempo, el lugar y las circunstancias, recibir dicho servicio por parte de proveedores de la red. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son lesiones o enfermedades médicas imprevistas o reapariciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas rutinarias al proveedor médicamente necesarias (como chequeos anuales) no son consideradas necesarias con urgencia incluso si usted está fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si fuera posible, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar el servicio de diálisis de mantenimiento para usted mientras se encuentre en otro lugar.
- Todos los servicios preventivos cubiertos que reciba de proveedores de la red. Estos servicios se indican con una en la tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.
- Servicios de dermatología que reciba de un proveedor de la red
- Servicios quiroprácticos que reciba de un proveedor de la red
- Servicios de podología que reciba de un proveedor de la red

- Beneficios suplementarios cubiertos por el plan. Estos servicios se indican con un asterisco (*) en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

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

Un especialista es un médico que provee servicios de cuidado de la salud para una enfermedad o parte del cuerpo en particular. Existen muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

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

Cuando su PCP cree que usted necesita tratamiento especializado, él/ella puede darle un referido para consultar a un especialista o a ciertos otros proveedores en la red del plan. Si a usted lo está atendiendo un especialista de la red, es posible que necesite regresar a su PCP para que le dé un referido para recibir servicios adicionales.

Para ciertos tipos de servicios, es posible que su PCP necesite recibir la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se llama obtener la "autorización previa"). Consulte el Capítulo 4, Sección 2 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Es muy importante obtener un referido (la aprobación por adelantado) de su PCP antes de consultar a un especialista o a ciertos otros proveedores en la red del plan (hay unas pocas excepciones, entre las que se incluye el cuidado de la salud femenina que explicamos anteriormente en esta sección). **Si usted no obtiene un referido (la aprobación por adelantado) antes de recibir los servicios de un especialista de la red, es posible que usted mismo deba pagar por dichos servicios. Si el especialista de la red quiere que usted regrese para recibir más cuidado médico, verifique primero para asegurarse de que el referido (la aprobación por adelantado) que le dio su PCP para la primera visita cubra más visitas.**

Si hay algún especialista en particular en la red del plan que usted desee utilizar, verifique si su PCP hace referidos de pacientes a dicho especialista. Cada PCP del plan tiene ciertos especialistas de la red que usa para hacer sus referidos. Esto significa que el PCP que usted seleccione puede determinar los especialistas que usted puede ver. Por lo general, usted puede cambiar su PCP en cualquier momento si desea consultar a un especialista de la red al que su PCP actual no puede referirlo. Anteriormente en esta sección, bajo "Cambio de su PCP", le explicamos cómo cambiar su PCP.

Si necesita cuidado hospitalario, cubriremos estos servicios para usted. Los servicios cubiertos se listan en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, bajo el título “Cuidado hospitalario a pacientes internados". Usamos “hospital" para referirnos a un centro médico certificado por el programa de Medicare y autorizado por el estado para proveer servicios para pacientes internados y ambulatorios, así como servicios terapéuticos y de diagnóstico. El término "hospital" no incluye centros que provean principalmente cuidado personal no médico (como hogares para personas de la tercera edad y de reposo convalecientes). Por “cuidado personal no médico” nos referimos a ayuda para bañarse, vestirse, usar el baño, comer y otras actividades de la vida cotidiana. Excepto en caso de emergencia, su PCP o especialista coordinará su admisión en el hospital.

Para ver una lista de hospitales de la red, consulte el *Directorio de proveedores*. Es posible que su médico no conceda admisiones en todos los hospitales de la red. Pregunte a su médico para verificar en cuáles hospitales

él/ella tiene privilegios. Si hay hospitales en particular que desea utilizar, debe verificar primero si su PCP, o los médicos que usted va a consultar, utilizan estos hospitales.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red abandona el plan

Es posible que hagamos cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) en la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare nos exige que tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas acreditados.
- Le notificaremos que su proveedor va a abandonar nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
  - Si su proveedor de cuidado primario o de salud del comportamiento abandona nuestro plan, se lo notificaremos si usted visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
  - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, se lo notificaremos si usted es asignado al proveedor, si actualmente recibe cuidado de él o si lo visitó en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir a un nuevo proveedor acreditado de la red para continuar con el cuidado.
- En caso de que usted esté recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o terapias que está recibiendo por razones médicas continúe. Nosotros vamos a trabajar con usted para asegurarnos de que usted continúe obteniendo cuidados.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto necesario por razones médicas fuera de nuestra red de proveedores al costo compartido dentro de la red. Se requiere autorización previa para que el servicio sea cubierto.
- Si usted se entera de que su médico o especialista va a abandonar nuestro plan, contáctenos para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para administrar su cuidado médico.
- Si cree que no le hemos provisto un proveedor acreditado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuidado médico no está siendo administrado debidamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad del cuidado ante la QIO, una queja formal sobre la calidad del cuidado ante nuestro plan, o ambas cosas (consulte el Capítulo 9).

Póngase en contacto con Servicios para afiliados al 800-794-5907, TTY 711 para obtener ayuda en la selección de un nuevo proveedor acreditado para que siga administrando sus necesidades de cuidado de la salud.

Sección 2.4 Cómo obtener cuidado médico de proveedores fuera de la red

Su PCP de la red debe darle aprobación por adelantado antes de que usted pueda consultar a proveedores que no pertenecen a la red del plan. Esto se llama darle un “referido”. Si desea más información acerca de esto y las situaciones en que puede consultar a un proveedor fuera de la red sin referido (como un caso de emergencia), consulte las Secciones 2.2 y 2.3 de este capítulo. Si usted no obtiene un referido (la aprobación por adelantado)

antes de recibir los servicios de un proveedor fuera de la red, es posible que usted mismo deba pagar por dichos servicios.

Para ciertos tipos de servicios, es posible que su médico necesite recibir la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se llama obtener la "autorización previa"). Consulte el Capítulo 4, Sección 2 para obtener más información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Pídale a un proveedor fuera de la red que le facture al plan los servicios que usted considera que debemos cubrir. Si el proveedor se niega a facturar al plan y le envía una factura que usted considera que nosotros debemos pagar, puede enviárnosla para que se la paguemos al proveedor. Si el proveedor se niega a facturar al plan y usted le paga, le reembolsaremos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información acerca de cómo proceder si recibe una factura o si necesita solicitar el reembolso.

Tenga en cuenta: Usted tiene derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios en casos de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia. Además, los planes deben cubrir los servicios de diálisis para los afiliados con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) que han viajado fuera del área de servicio del plan y no pueden acceder a los proveedores de cuidado para ESRD contratados.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en casos de emergencia, desastres o cuidado médico que se necesita con urgencia

Sección 3.1 Obtener cuidado médico en caso de una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona lega prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren cuidado médico inmediato para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad, o la pérdida o la generación de una disfunción grave en una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda médica lo antes posible.** Llame al 911 para recibir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia, si fuera necesario. No necesita obtener una aprobación o referido previo de su PCP. No es necesario que utilice un médico de la red. Puede recibir cuidado médico de emergencia cubierto cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Asegúrese lo antes posible de que nuestro plan haya sido informado acerca de su emergencia.** Necesitamos realizar el seguimiento posterior del cuidado médico de emergencia. Usted u otra persona deberá llamar para informarnos acerca del cuidado médico de emergencia, generalmente dentro de las siguientes 48 horas. Llame a Servicios para afiliados al número de teléfono que está impreso en la contraportada de este documento.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

Los médicos que le proveen cuidado médico de emergencia decidirán el momento en que su condición esté estable y el momento en que la emergencia médica haya finalizado.

Después de que la emergencia haya finalizado, tiene derecho a recibir cuidado de seguimiento para garantizar que su condición siga estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y se hagan planes de cuidado médico adicional. El cuidado de seguimiento está cubierto por nuestro plan.

Si recibe cuidado médico de emergencia de un proveedor fuera de la red, intentaremos coordinar que proveedores de la red se encarguen de su cuidado médico en cuanto su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

En algunas ocasiones puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede acudir por cuidado médico de emergencia, creyendo que su salud se encuentra en grave peligro, y el médico puede indicar que en realidad no se trataba de una emergencia médica. Si se concluye que no era una emergencia, siempre y cuando usted haya considerado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su cuidado médico.

Sin embargo, después de que el médico diga que no era un caso de emergencia, cubriremos cuidado médico adicional *solo* si obtiene el cuidado médico adicional de una de estas 2 maneras:

- Acude a un proveedor de la red para obtener el cuidado médico adicional, o
- El cuidado médico adicional que reciba se considera servicios que se necesitan con urgencia y usted sigue las normas a continuación para obtener este cuidado de urgencia.

Sección 3.2 Obtener servicios que se necesitan con urgencia

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es de emergencia) es un servicio que se necesita con urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o no es razonable, debido al tiempo, el lugar y las circunstancias, recibir dicho servicio por parte de proveedores dentro de la red. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son lesiones o enfermedades médicas imprevistas o reapariciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, consultas rutinarias al proveedor médicamente necesarias, como chequeos anuales, no son consideradas necesarias con urgencia incluso si está fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

El *Directorio de proveedores* del plan le informará acerca de qué centros médicos en su área están dentro de la red. Esta información también se puede encontrar en línea en **CarePlusHealthPlans.com/FindCare**. Para cualquier otra pregunta con respecto a los servicios que se necesitan con urgencia, póngase en contacto con Servicios para afiliados.

Nuestro plan cubre servicios de cuidado médico en casos de emergencia y cuidado de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias:

- Si necesita cuidado médico en casos de emergencia o cuidado de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar por adelantado los servicios prestados y de solicitarnos el reembolso.
- Le reembolsaremos por servicios cubiertos de cuidado de urgencia y cuidado médico en casos de emergencia fuera de la red que usted reciba fuera de los EE. UU. y sus territorios. Sin embargo, las tarifas de reembolso no superarán las tarifas que Medicare Original pagaría por dichos servicios si los servicios se hubieran prestado en los Estados Unidos en la localidad donde usted reside.

- La cantidad que le paguemos, si corresponde, se reducirá por cualquier costo compartido aplicable. Debido a que reembolsaremos a tarifas que no superen las tarifas que Medicare Original reembolsaría, y a que los proveedores extranjeros podrían cobrar por sus servicios cantidades superiores a las tarifas que Medicare Original pagaría, el total de nuestro reembolso más los costos compartidos aplicables podría ser inferior a las cantidades que usted pague al proveedor extranjero.

Este es un beneficio suplementario que generalmente no está cubierto por Medicare. Deberá enviar un comprobante de pago a CarePlus para obtener un reembolso. Consulte el Capítulo 4 *(Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*) para obtener más información. Si usted ya pagó por los servicios cubiertos, nosotros le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos. Puede enviarnos la factura junto con los expedientes médicos para que consideremos el pago. Consulte el Capítulo 7 *(Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos)* para obtener información acerca de cómo proceder si recibe una factura o si necesita solicitar el reembolso. El transporte de vuelta a los Estados Unidos desde otro país NO está cubierto. Los tratamientos y procedimientos electivos y/o previamente planificados y programados (incluidos los tratamientos para una afección en curso) NO están cubiertos.

Sección 3.3 Obtener cuidado médico durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir cuidado médico de nuestro plan.

Visite **CarePlusHealthPlans.com/Alert** para obtener información sobre cómo recibir el cuidado médico necesario durante un desastre.

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir cuidado de proveedores fuera de la red a los costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4.

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

Si pagó más que su costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información acerca de cómo proceder.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted deberá pagar el costo total

CareOne Plus (HMO) cubre todos los servicios necesarios por razones médicas según se detallan en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red sin autorización que no sean servicios de urgencia o emergencia, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficio, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de utilizar por completo el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Pagar los costos una vez que

se haya alcanzado un límite de beneficio **no** se tendrá en cuenta para calcular su cantidad máxima de desembolso personal. Puede llamar a Servicios para afiliados cuando desee saber cuánto ha utilizado de su límite de beneficio.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 Qué es un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado un *ensayo clínico*) es la manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de cuidado médico, como el grado de eficacia de un nuevo medicamento para tratar el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Cuando está en un estudio de investigación clínica, usted puede permanecer afiliado a nuestro plan y continuar recibiendo el resto de sus cuidados (cuidados que no están relacionados con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare original pagará la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que obtenga como parte del estudio. Si usted nos informa que está en un ensayo clínico elegible, solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó la cantidad del costo compartido de Medicare original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita hacérnoslo saber ni obtener nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que le brindan cuidado médico como parte del estudio de investigación clínica no necesitan participar de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieran cobertura con desarrollo de evidencia (NCDs-CED, por sus siglas en inglés) en los estudios de exención con dispositivos en etapa de investigación (IDE, por sus siglas en inglés). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

Si bien no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos elegibles según Medicare.

Si usted participa en un estudio no aprobado por Medicare o nuestro plan, usted será responsable del pago de todos los costos de su participación en el estudio.

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

Cuando participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare original cubre los artículos y servicios rutinarios que reciba como parte del estudio de investigación, lo que incluye:

- Alojamiento y comida por la hospitalización que Medicare pagaría incluso si no formara parte de un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones del nuevo cuidado médico.

Después de que Medicare pague su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos en Medicare original y sus costos compartidos dentro de la red como afiliado de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que lo que

pagaría si recibiera dichos servicios por parte de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre qué cantidad de costo compartido pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información acerca del envío de solicitudes de pago.

Ejemplo de los costos compartidos en un estudio clínico: supongamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Su parte de los costos de dicha prueba es de $20 dentro de Medicare original, pero la prueba sería de $10 dentro de nuestro plan. En este caso, Medicare original pagaría $80 por la prueba, y usted pagaría el copago de $20 requerido según Medicare original. Usted notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de un ensayo clínico elegible y enviaría a nuestro plan documentación (como una factura del proveedor). Nuestro plan luego le pagaría $10 directamente a usted. Su pago neto de la prueba es de $10, que es la misma cantidad que pagaría dentro de los beneficios de nuestro plan.

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

- Por lo general, Medicare no pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted no formara parte del estudio.
- Los artículos o servicios que le provean solo para recopilar datos y no se utilicen para el cuidado directo de su salud. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte de un estudio si su afección médica normalmente requiere solo una.
- Los artículos o servicios que los patrocinadores de la investigación proporcionan sin cargo a las personas en el ensayo.

Obtenga más información acerca de la participación en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información acerca de la participación en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare, *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica), disponible en: Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener cuidado en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Sección 6.1 Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud es un centro que provee cuidado para una afección que comúnmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado médico en un hospital o centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas del afiliado, en su lugar nuestro plan cubrirá el cuidado en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Este beneficio solo se provee para los servicios de paciente internado de la Parte A (servicios de cuidado no médico de la salud).

Sección 6.2 Cómo recibir cuidado de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Para recibir cuidado de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, deberá firmar un documento legal que exprese que usted se opone por motivos de conciencia a recibir tratamiento médico **no exceptuado**.

- El tratamiento o el cuidado médico **no exceptuado** es cualquier cuidado médico o tratamiento *voluntario* y *no requerido* por ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** es el cuidado médico o el tratamiento que recibe que *no* es voluntario o que *se requiere* por ley federal, estatal o local.

Para tener cobertura del plan, el cuidado que reciba de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que provea el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos *no religiosos* del cuidado.
- Si recibe servicios de esta institución que se provean en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención en el hospital para pacientes internados o cuidado en un centro de enfermería especializada.
  - – *y* – debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su estadía no será cubierta.

Se aplican límites de cobertura hospitalaria para pacientes internados de Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 No será dueño de algunos de los artículos del equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar por parte de los afiliados. Algunos artículos del DME, como las prótesis, siempre pertenecen al afiliado. Usted debe alquilar otros tipos de DME.

En Medicare original, las personas que alquilen determinados tipos de equipo médico duradero serán dueñas del equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. **Como afiliado de CareOne Plus (HMO), por lo general, no será dueño de artículos de equipo médico duradero alquilados independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea afiliado de nuestro plan**. No será dueño, aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) bajo Medicare original antes de afiliarse a nuestro plan. Bajo algunas circunstancias limitadas, le

transferiremos a usted la posesión del artículo de equipo médico duradero. Para obtener más información, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Qué sucede con los pagos que realizó para equipo médico duradero si cambia a Medicare original?

Si no obtuvo la posesión del artículo de equipo médico duradero mientras era afiliado de nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos cuando cambie a Medicare original para obtener la posesión del mismo. Los pagos que usted realice mientras está inscrito en nuestro plan no cuentan dentro de estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Usted hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo de Medicare original y luego se afilió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Medicare original no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: Usted hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo de Medicare original y luego se afilió a nuestro plan. Usted no obtuvo la titularidad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Medicare original. Deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos para adquirir el artículo una vez que se reinscriba en Medicare original. Todos los pagos que haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare original) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

Si es elegible para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, CareOne Plus (HMO) cubrirá:

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

Si abandona el plan CareOne Plus (HMO) o ya no necesita equipos de oxígeno por razones médicas, el equipo de oxígeno debe devolverse.

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

Medicare original requiere que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Para los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del costo compartido correspondiente al oxígeno). Después de 5 años, puede optar por permanecer en la misma compañía o ir a otra compañía. En este momento, el ciclo de 5 años comienza nuevamente, incluso si usted permanece en la misma compañía, y usted debe volver a pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o abandona nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

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

SECCIÓN 1 Entienda los gastos de desembolso personal de los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y muestra cuánto paga por cada servicio cubierto como afiliado de CareOne Plus (HMO). Esta sección también proporciona información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos y explica las limitaciones en determinados servicios. Además, consulte las exclusiones y limitaciones concernientes a ciertos beneficios suplementarios en la Tabla de beneficios médicos de este capítulo.

Sección 1.1 Gastos de desembolso personal que puede pagar por los servicios cubiertos

Los tipos de gastos de desembolso personal que puede pagar por los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- **Copago:** la cantidad fija que paga cada vez que recibe un determinado servicio médico. Usted paga el copago al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le provee más información acerca de sus copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted paga el coseguro al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le provee más información acerca de su coseguro).

La mayoría de las personas elegibles para Medicaid o para el programa Beneficiario de Medicare elegible (QMB, por sus siglas en inglés) no pagan deducibles, copagos o coseguro. Si está en uno de estos programas, asegúrese de mostrar una prueba de su elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor.

Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos por las Partes A y B de Medicare?

Los planes Medicare Advantage tienen un límite a la cantidad total que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Este límite se llama cantidad máxima de desembolso personal (MOOP, por sus siglas en inglés) para servicios médicos. **Para el año calendario 2027, la cantidad MOOP es de $3,000.**

Las cantidades que usted paga de copagos y coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para esta cantidad máxima de gastos de desembolso personal. La cantidad que usted paga por los medicamentos de la Parte D no se tiene en cuenta para su cantidad máxima de desembolso personal. Además, las cantidades que usted paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para su cantidad máxima de gastos de desembolso personal. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si

alcanza su cantidad máxima de gastos de desembolso personal de **$3,000**, no deberá pagar más de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos por las Partes A y B dentro de la red. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o terceros paguen su prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Los proveedores no tienen permitido enviarle una factura de saldos

Como afiliado de CareOne Plus (HMO), tiene una protección importante porque solo debe pagar su cantidad de costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, llamados **facturación del saldo**. Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

La protección contra la facturación del saldo funciona de la siguiente manera:

- Si sus costos compartidos son un copago (una cantidad en dólares establecida, por ejemplo, $15.00), usted paga solo esa cantidad por cualquier servicio cubierto por parte de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, el costo que le corresponde depende del tipo de proveedor que consulte:
  - Si recibe los servicios cubiertos por parte de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (esto se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
  - Si recibe los servicios cubiertos por parte de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando usted recibe un referido o para emergencias o servicios que se necesitan con urgencia).
  - Si recibe los servicios cubiertos por parte de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando usted recibe un referido, o para emergencias o para los servicios que se necesitan con urgencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha realizado una facturación del saldo, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

La Tabla de beneficios médicos que se encuentra en las páginas siguientes enumera los servicios que cubre CareOne Plus (HMO) y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. (La cobertura para medicamentos de la Parte D está en el Capítulo 5). Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen estos requisitos:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben ser provistos según las pautas de cobertura de Medicare.
- Los servicios (entre ellos, cuidado médico, servicios, suministros, equipos y medicamentos de la Parte B) *deben* ser necesarios por razones médicas. Necesario por razones médicas significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, su plan de cuidado coordinado de Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, en el que el nuevo plan de MA no puede requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su cuidado médico de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá el cuidado médico que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que sea cuidado de emergencia o de urgencia, o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le haya hecho un referido. Esto significa que usted paga al proveedor en su totalidad por los servicios fuera de la red que recibe.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (un PCP, por sus siglas en inglés) que le provee y supervisa su cuidado médico. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle su aprobación por adelantado (un referido) antes de que usted pueda consultar a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos servicios que se detallan en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (algunas veces se llama autorización previa). En la Tabla de beneficios médicos se señalan los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado con una nota a pie de página. La Tabla de beneficios médicos no incluye todos los servicios que requieren autorización previa.
  - La lista de autorización previa puede encontrarse aquí: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**
- Si su plan de cuidado coordinado proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante un tiempo razonable y necesario por razones médicas para evitar interrupciones en el cuidado de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historia clínica y la recomendación del proveedor del tratamiento.

Otras cosas importantes que debe saber acerca de nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare original. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que lo que usted pagaría en Medicare original. Por otros, usted paga *menos*. (Para saber más acerca de la cobertura y los costos de Medicare original, consulte su manual *Medicare y usted 2027*. Puede verlo en línea en Medicare.gov o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar una copia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para los servicios preventivos cubiertos sin costo dentro de Medicare original, también cubrimos esos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si además recibe tratamiento o control de una afección médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por el cuidado que recibió para la afección médica existente.
- Si Medicare añade cobertura para nuevos servicios durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

Información importante sobre beneficios para personas que califican para la flexibilidad uniforme

Si usted tiene un diagnóstico de una o más de las afecciones de salud que se indican a continuación, puede ser elegible para uno o varios beneficios suplementarios de uniformidad y flexibilidad.

- Insuficiencia cardíaca (incluida la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (HFrEF, por sus siglas en inglés) y que no sea HFrEF con afecciones adicionales que califiquen)
- Enfermedad de las arterias coronarias (CAD, por sus siglas en inglés)
- Hipertensión
- Enfermedad renal crónica (CKD, por sus siglas en inglés)
- Afecciones respiratorias crónicas
- Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF, por sus siglas en inglés)

Puede ser elegible para los siguientes beneficios de uniformidad y flexibilidad si cumple los criterios correspondientes:

- Programa virtual de recuperación cardíaca: para afiliados que hayan sido hospitalizados recientemente por insuficiencia cardíaca
  - **Otros aspectos importantes que debe saber acerca de nuestra cobertura:** en el caso de los beneficios en los que su costo compartido consiste en un porcentaje de coseguro, la cantidad que usted paga depende del tipo de proveedor del que reciba los servicios. Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, pagará según la tasa de reembolso del plan. Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, pagará según la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, pagará según la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare original. En el caso de algunos de estos beneficios, es posible que pague más de lo que pagaría con Medicare original. En otros casos, es posible que pague menos. En el caso de los servicios preventivos cubiertos por Medicare original sin costo, también cubrimos esos servicios sin costo alguno para usted. Sin embargo, si recibe tratamiento o seguimiento por una afección existente durante la misma consulta, pueden aplicarse costos compartidos. Si Medicare añade cobertura para cualquier servicio durante el año del plan, dichos servicios serán cubiertos por Medicare o por nuestro plan.

Si usted tiene un diagnóstico de cualquiera de las afecciones crónicas que se identifican a continuación, es elegible para el beneficio de transporte médico que no sea de emergencia de uniformidad y flexibilidad.

- Cáncer
- Enfermedad renal crónica (CKD, por sus siglas en inglés)
- Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)

Consulte la fila de transporte médico que no sea de emergencia de uniformidad y flexibilidad en la siguiente Tabla de beneficios médicos para obtener más detalles.

Consulte las filas de los beneficios correspondientes en la Tabla de beneficios médicos para obtener más detalles sobre la cobertura, las limitaciones y los costos compartidos.

Información importante sobre los beneficios para afiliados con afecciones crónicas.

- Si se le diagnostica alguna de las afecciones crónicas mencionadas a continuación, y usted cumple con ciertos criterios médicos, podría ser elegible para recibir beneficios suplementarios especiales por enfermedad crónica.

  - Este plan ofrece asistencia para el cuidado de afecciones crónicas y el CarePlus CareEssentials Allowance® (Subsidio CareEssentials de CarePlus) que son beneficios suplementarios especiales por enfermedad crónica (SSBCI, por sus siglas en inglés). La elegibilidad para cada beneficio se determina por separado.

- Para ser elegible para los SSBCI, debe cumplir con **TODOS** los requisitos a continuación:
  - Haber sido diagnosticado con una o más de las afecciones crónicas elegibles que se enumeran a continuación para asistencia para el cuidado de afecciones crónicas y dos o más afecciones crónicas elegibles que se enumeran a continuación para el CarePlus CareEssentials Allowance (Subsidio CareEssentials de CarePlus).
  - Tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos significativos para la salud.
  - Ser elegible para un programa de coordinación de cuidado de la salud, estar inscrito en él y participar activamente en un plan de cuidado personalizado diseñado para dar respuesta a sus necesidades de salud específicas.
  - Necesitar una coordinación intensiva del cuidado.

- Afecciones crónicas elegibles para asistencia para el cuidado de afecciones crónicas:
  - Trastornos autoinmunes
  - Cáncer
  - Trastornos cardiovasculares
  - Trastorno por consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias
  - Afecciones de salud mental crónicas y discapacitantes
  - Insuficiencia cardíaca crónica
  - Enfermedad renal crónica
  - Trastorno pulmonar crónico
  - Demencia
  - Diabetes mellitus
  - VIH/SIDA
  - Trastornos neurológicos
  - Cuidado médico postrasplante
  - Trastornos hematológicos graves
  - Derrame cerebral

- Afecciones crónicas elegibles para el CarePlus CareEssentials Allowance® (Subsidio CareEssentials de CarePlus):
  - Trastornos autoinmunes
  - Cáncer
  - Trastornos cardiovasculares
  - Trastorno por consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias
  - Afecciones de salud mental crónicas y discapacitantes
  - Enfermedad gastrointestinal crónica
  - Insuficiencia cardíaca crónica
  - Hiperlipidemia crónica
  - Hipertensión crónica
  - Enfermedad renal crónica
  - Trastorno pulmonar crónico
  - Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo
  - Afecciones con dificultades funcionales
  - Demencia
  - Diabetes mellitus
  - VIH/SIDA
  - Trastornos neurológicos
  - Cuidado médico postrasplante
  - Trastornos hematológicos graves

- Derrame cerebral

- CarePlus puede determinar si padece una afección crónica elegible de una o más de las siguientes formas:
  - **Reclamación médica:** CarePlus tiene registrada una reclamación médica que incluye un diagnóstico de una o más de las Afecciones crónicas elegibles para asistencia para el cuidado de afecciones crónicas para el CarePlus CareEssentials Allowance® (Subsidio CareEssentials de CarePlus). La reclamación debe tener una fecha de servicio a partir del 1/1/2022.

  O BIEN,
  - **Evaluación de riesgos de salud (HRA, por sus siglas en inglés):** indicación en una HRA de que se le ha diagnosticado al menos una de las afecciones crónicas elegibles para asistencia para el cuidado de afecciones crónicas y dos de las afecciones crónicas elegibles para el CarePlus CareEssentials Allowance® (Subsidio CareEssentials de CarePlus). La HRA debe haberse completado a partir del 1/1/2022. Puede acceder a la HRA creando una cuenta e iniciando sesión en su cuenta en CarePlusHealthPlans.com/HRA.
- Una vez que CarePlus confirme que cumple el requisito relativo a la afección crónica mediante uno de los métodos anteriores, CarePlus revisará su expediente de afiliado para determinar si cumple los demás requisitos de elegibilidad.

- Esta revisión determinará si cumple los requisitos para recibir beneficios adicionales a través de la asistencia para el cuidado de afecciones crónicas, el CarePlus CareEssentials Allowance® (Subsidio CareEssentials de CarePlus) o ambos, si se aplica.

- Para obtener más información y asistencia, comuníquese con Servicios para afiliados.

- Para obtener más información, consulte la fila *Beneficios suplementarios especiales por enfermedad crónica* en la Tabla de beneficios médicos a continuación.

**Este subsidio para gastos y La asistencia para el cuidado de afecciones crónicas son beneficios suplementarios especiales para los afiliados con determinadas afecciones crónicas que requieren una coordinación intensiva del cuidado y que tienen un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud. Las afecciones que califican pueden incluir diabetes mellitus, trastornos cardiovasculares, afecciones de salud mental crónicas y discapacitantes, enfermedades pulmonares crónicas o insuficiencia cardíaca crónica, entre otras. Algunos planes requieren, al menos, dos afecciones. Si utiliza este programa para el alquiler o los servicios públicos, Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) requiere que se notifique como ingresos. Si tiene preguntas, comuníquese con su oficina local de HUD.*

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

*** Este asterisco indica los beneficios suplementarios en la Tabla de beneficios médicos.**

Tabla de beneficios médicos	
Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Tenga en cuenta: Es posible que deba pagar importes por cada servicio al recibir varios servicios relacionados.	
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una prueba de ultrasonido realizada por única vez a las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene un referido para ello por parte de su médico, asistente	**Dentro de la red:** No hay ningún coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para esta prueba de detección preventiva.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
médico (PA, por sus siglas en inglés), profesional de enfermería practicante (NP, por sus siglas en inglés), o especialista clínico en enfermería (CNS, por sus siglas en inglés).	
Acupuntura para dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 20 consultas por año calendario en las siguientes circunstancias: A efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como aquel que: • Dura 12 semanas o más • Es inespecífico, ya que no tiene causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.) • No está asociado a cirugía • No está asociado a un embarazo Su plan requiere que los servicios sean proporcionados por un proveedor autorizado para realizar acupuntura o por proveedores que cumplan con los requisitos de los proveedores de Medicare original. Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	**Dentro de la red:** Copago de **$10** – Consultorio del especialista
Inyecciones y suero para la alergia Usted está cubierto para inyecciones y suero para la alergia cuando sean necesarios por razones médicas.	**Dentro de la red:** Copago de **$0** – Consultorio del proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia en avión, helicóptero y terrestre, al centro médico apropiado más cercano que pueda proporcionar cuidado médico si se proveen a un afiliado cuya afección médica es tal que los demás medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona o si están autorizados por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que la afección del afiliado es tal que otro medio de transporte podría poner en riesgo la salud de la persona y que el transporte en ambulancia se considera necesario por razones médicas. La cobertura incluye el transporte en ambulancia en casos de emergencia en todo el mundo. Si tiene una emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar por los servicios prestados por	**Dentro de la red:** Ambulancia de emergencia Copago de **$250** por viaje independientemente de la cantidad de viajes – Ambulancia terrestre Coseguro del **20%** independientemente de la cantidad de viajes – Ambulancia aérea Servicio de ambulancia no de emergencia Copago de **$0** por viaje independientemente de la

Servicio cubierto	Lo que usted paga
adelantado. Debe enviar prueba de pago a CarePlus para el reembolso. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7. Es posible que no le reembolsemos todos sus gastos de desembolso personal. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser inferiores a las de los proveedores fuera de los EE. UU. y sus territorios. Usted es responsable de los costos que excedan las tarifas contratadas, así como de todos los costos compartidos del afiliado que correspondan. Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	cantidad de viajes – Ambulancia terrestre Coseguro del **20%** independientemente de la cantidad de viajes – Ambulancia aérea **Fuera de la red:** Cobertura mundial Copago de **$250** por viaje independientemente de la cantidad de viajes – Ambulancia de emergencia
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede acudir a una consulta anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan personalizado de prevención basado en sus factores de riesgo y estado de salud actuales. Esta consulta está cubierta una vez cada 12 meses. **Tenga en cuenta:** la primera consulta anual de bienestar no se puede realizar dentro de los 12 meses a partir de su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no es necesario que haya realizado la consulta *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura de la consulta anual de bienestar después de tener la Parte B durante 12 meses.	**Dentro de la red:** No hay ningún coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.
Medición de la masa ósea Para personas elegibles (generalmente, esto significa que son personas que presentan riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con mayor frecuencia, si fuera necesario por razones médicas: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, que incluyen la interpretación de los resultados por un médico.	**Dentro de la red:** No hay ningún coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años y más • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses	**Dentro de la red:** No hay ningún coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para afiliados que reúnen ciertos requisitos con un referido de un médico.	**Dentro de la red:** Copago de **$10** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas condiciones: • Ataque cardíaco en los últimos 12 meses • Cirugía de revascularización coronaria (bypass) • Angina de pecho estable (dolor en el pecho) • Reparación o reemplazo de una válvula cardíaca • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico que se usa para abrir una arteria obstruida) o la colocación de un stent coronario (un procedimiento que se usa para mantener una arteria abierta) • Trasplante de corazón o de corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de la cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener 2 sesiones por día (cada una con una duración de 1 hora) y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si califica, es posible que pueda recibir 36 sesiones más que se pueden distribuir durante un periodo de tiempo más largo. Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	
Consulta para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta por año con su médico de cuidado primario para ayudar a reducir su riesgo de adquirir una enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, su médico puede hablar con usted sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que se está alimentando saludablemente.	**Dentro de la red:** No hay ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio de terapia del comportamiento intensiva para la prevención de enfermedades cardiovasculares.
Pruebas de detección de enfermedad cardiovascular Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o de anomalías relacionadas con un alto riesgo de adquirir una enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	**Dentro de la red:** No hay ningún coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares cubiertas una vez cada 5 años.
*** Programa de comidas Well Dine® de CarePlus** Después de su hospitalización de paciente internado en un hospital o centro de enfermería, es posible que sea elegible para recibir 2 comidas entregadas a domicilio por día durante 7 días (hasta 14 comidas). Las comidas deben solicitarse dentro de los 30 días posteriores al alta de su hospitalización de paciente internado. Límite de 4 veces por año. Para obtener más información, comuníquese con el número que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación de afiliado de CarePlus.	**Dentro de la red:** No hay coseguro, copago ni deducible para participar.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres • Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses si presenta alto riesgo de tener cáncer cervical o vaginal, o si está en edad de concebir y ha tenido un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años	**Dentro de la red:** No hay ningún coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos solamente la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación vertebral (uno o más huesos de la columna se salen de su posición) *Además del beneficio cubierto por Medicare indicado anteriormente, usted puede autorreferirse a un quiropráctico de la red para 12 consultas por año calendario para cuidado. Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	**Dentro de la red:** Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare Copago de **$15** – Consultorio de un especialista **Dentro de la red:** Servicios quiroprácticos (rutinarios) Copago de **$15** – Consultorio del especialista
Prueba de detección del cáncer colorrectal Se cubren las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene una limitación de edad mínima o máxima y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no presentan un riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no presentan un riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes con un riesgo alto después de una colonoscopia previa de detección. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un riesgo alto de cáncer colorrectal y está cubierta si han pasado, al menos, 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con riesgo alto de cáncer colorrectal, cobertura para una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no presentan un riesgo alto después de que el paciente se haya sometido a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada.	**Dentro de la red:** No hay ningún coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal en heces no invasiva cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una prueba de detección planeada con sigmoidoscopía flexible o prueba de detección con colonoscopia que incluye la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento provisto en conexión con la prueba de detección, o como resultado de esta, durante el mismo encuentro clínico.	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales rutinarios y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare original. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas como preparación para tratamiento con radiación para el cáncer que involucra a la mandíbula o exámenes bucales previos a un trasplante de órganos. Además, cubrimos **beneficios suplementarios obligatorios de servicios dentales** que incluyen servicios preventivos y de diagnóstico. Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	**Dentro de la red:** Servicios dentales cubiertos por Medicare Copago de **$10** – Consultorio de un especialista **Beneficios dentales obligatorios suplementarios** *Usted tiene cobertura para beneficios suplementarios obligatorios de servicios dentales. Para obtener información detallada, consulte la descripción del **beneficio suplementario obligatorio de servicios dentales** que aparece al final de esta tabla.
Prueba de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de la depresión por año. La prueba de detección debe hacerse en un entorno de cuidado médico primario que pueda proveer tratamiento de seguimiento y/o referidos.	**Dentro de la red:** No hay ningún coseguro, copago ni deducible para una consulta de detección de depresión anual.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles de colesterol y de triglicéridos anormales (dislipidemia), obesidad, o historial de alto nivel de azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden ser cubiertas si cumple con otros	**Dentro de la red:** No hay ningún coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
requisitos, como si está excedido de peso y tiene antecedentes familiares de diabetes. Usted podría reunir los requisitos para que le hagan hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	
Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para monitorear la glucosa en la sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, lancetas y dispositivos para lancetas y soluciones para controlar la glucosa que permitan corroborar la exactitud de los monitores y las tiras reactivas – Estas son las únicas marcas cubiertas (preferidas) de monitores de glucosa en sangre y tiras reactivas: ACCU-CHEK® fabricado por Roche, o productos Trividia a veces embalados con el nombre de su farmacia. – CarePlus cubre cualquiera de los monitores de glucosa en sangre y las tiras reactivas que estén especificados en la lista de marcas preferidas de arriba. En general, los productos de marcas no preferidas alternativas no están cubiertos a menos que su médico proporcione la información adecuada que indique que el uso de una marca alternativa es necesario por razones médicas en su situación específica. Si es nuevo en CarePlus y utiliza una marca de monitor de glucosa en sangre y tiras reactivas que no está en la lista de marcas preferidas, puede contactarnos en los primeros 90 días de la inscripción en el plan para solicitar un suministro temporal de la marca no preferida alternativa. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para determinar si algún producto de las marcas preferidas enumeradas arriba es apropiado para usted desde el punto de vista médico. Los productos de marcas no preferidas no estarán cubiertos después de los 90 días iniciales de cobertura sin autorización previa aprobada para una excepción a la cobertura. – Tanto en el caso de afiliados nuevos como los ya existentes, si es necesario por razones médicas que usted utilice o siga utilizando un producto de una marca no preferida alternativa, usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a la cobertura para que CarePlus cubra un producto de una marca no preferida hasta el final del año de beneficio. Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted (o su proveedor) puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor con respecto a qué marca o producto es adecuado para su afección médica. Si desea más información acerca de cómo realizar una apelación, consulte el Capítulo 9 *(Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))*.	**Dentro de la red:** Capacitación para el automanejo de la diabetes Copago de **$0** – Consultorio del proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio Suministros para el control de la diabetes Copago de **$0** – Proveedor para la diabetes – Farmacia minorista de la red Zapatos y plantillas para diabéticos Copago de **$10** – Proveedor de equipo médico duradero – Proveedor de prótesis

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Para las personas con diabetes que padecen enfermedades diabéticas graves en los pies, un par por año calendario de zapatos terapéuticos personalizados (incluso las plantillas provistas con los zapatos) y 2 pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas (no incluye las plantillas extraíbles no personalizadas que son provistas con los zapatos), incluye adaptación. • La capacitación para el automanejo de la diabetes bajo ciertas condiciones • Para medidor continuo de glucosa, consulte Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados. El símbolo (servicio preventivo) se aplica únicamente a la capacitación para el automanejo de la diabetes. Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados (Para conocer la definición de equipo médico duradero y de equipo médico duradero de alto costo, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores, monitores continuos de glucosa**, y andadores. Cubrimos todo equipo médico duradero necesario por razones médicas cubierto por Medicare original. Si nuestro proveedor en su área no tiene determinada marca o fabricante, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en **CarePlusHealthPlans.com/Doctor.** Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**. **Los monitores continuos de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés) preferidos están cubiertos en las farmacias. Los CGM preferidos son Dexcom y Freestyle Libre. Los CGM no preferidos no están cubiertos a través de una farmacia a menos que su médico proporcione información adecuada que indique que el uso de una marca alternativa es necesario por razones médicas. Todos los CGM seguirán estando cubiertos a través de proveedores de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés).	**Dentro de la red:** Equipo médico duradero de alto costo Coseguro del **20%** – Proveedor de equipo médico duradero Todos los demás equipos médicos duraderos Coseguro del **20%** – Proveedor de equipo médico duradero Monitor continuo de glucosa Copago de **$0** – Farmacia preferida Coseguro del **20%** – Proveedor de equipo médico duradero – Farmacia
Electrocardiograma de detección	**Dentro de la red:** No hay ningún coseguro, copago ni

Servicio cubierto	Lo que usted paga
El ECG de detección, cuando se realiza como referido de la consulta preventiva de *Bienvenido a Medicare*, solo está cubierto una vez en la vida del beneficiario.	deducible para una consulta de prueba de detección con electrocardiograma (EKG, por sus siglas en inglés).
Cuidado médico en casos de emergencia El cuidado médico en casos de emergencia se refiere a servicios que son: • Provistos por un proveedor acreditado para prestar servicios en casos de emergencia. • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona lega prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o afección médica que empeora rápidamente. Los costos compartidos por servicios en casos de emergencia necesarios que recibe fuera de la red son los mismos que por dichos servicios dentro de la red. La cobertura incluye cuidado médico en casos de emergencia en todo el mundo. Si tiene una emergencia fuera de los EE.UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar por los servicios prestados por adelantado. Debe enviar prueba de pago a CarePlus para reembolso. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7. Es posible que no le reembolsemos todos sus gastos de desembolso personal. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser inferiores a las de los proveedores fuera de los EE.UU. y sus territorios. Usted es responsable de los costos que excedan las tarifas contratadas, así como de todos los costos compartidos del afiliado que correspondan.	**Dentro de la red:** Servicios en casos de emergencia Copago de **$150** – Sala de emergencias **Fuera de la red:** Cobertura mundial Copago de **$150** – Sala de emergencias **Dentro de la red:** Servicios de proveedores y profesionales Copago de **$0** – Sala de emergencias No paga los costos compartidos por visita a la sala de emergencias si es admitido en el mismo hospital en las siguientes 24 horas por la misma afección. Si usted recibe cuidado médico en casos de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado médico como paciente internado después de que se estabilice su afección de emergencia, debe ir a un hospital de la red para que se siga cubriendo su cuidado O debe recibir cuidado como paciente internado en un hospital fuera de la red autorizado por nuestro plan y usted pagará la parte de costos compartidos que pagaría en un hospital de la red.
Servicios para la audición Las evaluaciones diagnósticas auditivas y del equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas	**Dentro de la red:** Servicios para la audición cubiertos por Medicare Copago de **$10**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
como cuidado médico ambulatorio cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor acreditado. Además, cubrimos **beneficios obligatorios suplementarios de servicios para la audición** que incluyen un examen auditivo rutinario y cobertura para audífonos. Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	– Consultorio de un especialista **Beneficios obligatorios suplementarios de servicios para la audición** *Usted tiene cobertura para beneficios obligatorios suplementarios de servicios para la audición. Para obtener información detallada, consulte la descripción del **beneficio obligatorio suplementario de servicios para la audición** que aparece al final de esta tabla.
Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que estén en mayor riesgo de tener una infección del VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses Si está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo	**Dentro de la red:** No hay ningún coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para pruebas de detección preventivas de VIH cubiertas por Medicare.
Cuidado de una agencia de cuidado de la salud en el hogar Antes de recibir servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicios de cuidado de la salud en el hogar y ordenará que dichos servicios sean provistos por una agencia de cuidado de la salud en el hogar. Usted debe estar recluido en el hogar, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Cuidado de enfermería especializada de medio tiempo o intermitente y servicios de un asistente de cuidado de la salud en el hogar (para tener cobertura conforme al beneficio de cuidado de la salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de un asistente de cuidado de la salud en el hogar combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Terapia física, ocupacional y del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	**Dentro de la red:** Cuidado de la salud en el hogar Copago de **$0** – Hogar del afiliado Equipo médico duradero de alto costo Coseguro del **20%** – Proveedor de equipo médico duradero Todos los demás equipos médicos duraderos Coseguro del **20%** – Proveedor de equipo médico duradero
Terapia de infusión en el hogar	**Dentro de la red:**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de cuidado • Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para infusión en el hogar proporcionados por un proveedor acreditado de terapia de infusión en el hogar Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	<u>Suministros médicos</u> Coseguro del **20%** – Proveedor de suministros médicos <u>Otros medicamentos de la Parte B de Medicare</u> Coseguro del **20%** – Consultorio del proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Farmacia <u>Servicios profesionales y del proveedor</u> Copago de **$0** – Consultorio del proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)
Cuidado de hospicio Usted reúne los requisitos para recibir el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir cuidado médico por parte de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan tiene la obligación de ayudarle a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos aquellos programas que nos pertenecen, que controlamos o en los que tenemos un interés financiero. El médico de hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y para aliviar el dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Cuidado en el hogar Cuando usted es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. **En cuanto a los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal:** Medicare original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por los servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de las Partes A y B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare original, no por CareOne Plus (HMO). Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (una vez solamente) para una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de hospicio. Pueden aplicarse costos compartidos de proveedor en el caso de consultas ambulatorias.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicare original los servicios que Medicare original paga. Se le facturará a usted el costo compartido de Medicare original. **En cuanto a los servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare no relacionados con su pronóstico terminal:** si usted necesita servicios que no sean de emergencia, ni de cuidado que se necesita con urgencia cubiertos por las Partes A o B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios para usted depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si se requiere obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas de nuestro plan para obtener el servicio, solo paga la cantidad de costos compartidos de nuestro plan para los servicios dentro de la red • Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido de Medicare original **En cuanto a los servicios que están cubiertos por CareOne Plus (HMO) pero que no están cubiertos por las Partes A o B de Medicare:** CareOne Plus (HMO) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por las Partes A o B, independientemente de si están relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga la cantidad de costos compartidos de nuestro plan por estos servicios. **En cuanto a los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan:** si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal por la cual recibe cuidado de hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal por la cual recibe cuidado de hospicio, usted paga el costo compartido de Medicare original. Los medicamentos nunca estarán cubiertos por ambos, hospicio y nuestro plan, al mismo tiempo. Para más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4. **Tenga en cuenta:** si usted necesita cuidado médico que no sea de hospicio (cuidado médico que no está relacionado con su pronóstico terminal), contáctenos para coordinar los servicios.	
Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas contra la gripe/influenza, una por cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe/influenza adicionales si son necesarias por razones médicas • Vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, no conoce su historial de vacunación o tiene cualquier otra afección que lo ponga en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas si presenta riesgo y cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare	**Dentro de la red:** No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y COVID-19.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
También cubrimos la mayoría de otras vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener más información.	
Cuidado de hospitalización Incluye hospitalización para afecciones agudas, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. El cuidado hospitalario a pacientes internados comienza el día en que usted está formalmente admitido en el hospital por orden de un médico. El día antes de que le den de alta es su último día de paciente internado. Tiene cobertura por una cantidad ilimitada de días de hospitalización necesarios por razones médicas. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Habitación semiprivada (o privada en caso de que sea necesario por razones médicas) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería comunes • Costos de unidades de cuidados médicos especiales (como unidades de cuidado coronario o de cuidados intensivos) • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, tales como sillas de ruedas • Costos de quirófanos y salas de recuperación • Terapia física, ocupacional, del habla y del lenguaje • Servicios de trastornos por abuso de sustancias para pacientes internados • Bajo determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos con un centro de trasplantes aprobado por Medicare para que revise su caso, y decidirá si usted es candidato para recibir un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden estar dentro o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del patrón de cuidado en la comunidad, puede elegir obtener sus servicios a nivel local siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare original. Si CareOne Plus (HMO) provee servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de cuidado para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos adecuados de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. El reembolso para el viaje y alojamiento requiere un mínimo de 100 millas de un viaje sencillo al centro de trasplantes y se limita a **$10,000** por trasplante.	Sus costos compartidos como paciente internado comenzarán el primer día cada vez que sea admitido o transferido a un tipo de centro específico, incluidos los centros de rehabilitación para pacientes internados, centros de cuidado para afecciones agudas a largo plazo (LTAC, por sus siglas en inglés), centros de cuidado para afecciones agudas para pacientes internados y centros psiquiátricos para pacientes internados. **Dentro de la red:** Cuidado de hospitalización Hospital para pacientes internados – Copago de **$200** por día, días 1 hasta 5 – Copago de **$0** por día, días 6 hasta 90 Si recibe cuidado de hospitalización autorizado en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, su costo será el costo compartido que usted pagaría en un hospital dentro de la red. **Dentro de la red:** Servicios de proveedores y profesionales Copago de **$0** – Hospital para pacientes internados

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Si necesita un trasplante de órgano sólido o de médula ósea/células madre, póngase en contacto con Servicios para afiliados al 800-794-5907, TTY 711 para ser dirigido al Equipo de trasplantes para obtener información importante sobre su cuidado médico de trasplantes. Se pueden encontrar detalles sobre viajes y alojamiento para trasplantes en **CarePlusHealthPlans.com/Transplant**. • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos empacados comienza desde la primera pinta de sangre que necesita. • Servicios del médico **Tenga en cuenta:** para ser un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente internado del hospital. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente internado o ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. Obtenga más información de la hoja informativa de Medicare *Beneficios de hospitales de Medicare* disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Se requiere autorización previa para el cuidado hospitalario y los servicios de trasplante a pacientes internados. El siguiente enlace le mostrará una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen los servicios para el cuidado de la salud mental que requieren una hospitalización. • Límite de 190 días de por vida para servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. – El límite de 190 días no se aplica a los servicios de la salud mental provistos a pacientes internados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Los días de beneficio utilizados a través del programa Medicare original se tendrán en cuenta para calcular la reserva de 190 días de por vida al inscribirse en un plan Medicare Advantage. Se requiere autorización previa para el cuidado de la salud mental para pacientes internados. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	Sus costos compartidos como paciente internado comenzarán el primer día cada vez que sea admitido o transferido a un tipo de centro específico, incluidos los centros de rehabilitación para pacientes internados, centros de cuidado para afecciones agudas a largo plazo (LTAC, por sus siglas en inglés), centros de cuidado para afecciones agudas para pacientes internados y centros psiquiátricos para pacientes internados. **Dentro de la red:** Cuidado de la salud mental para pacientes internados Hospital para pacientes internados – Copago de **$200** por día, días 1 hasta 5 – Copago de **$0** por día, días 6

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	hasta 90 Centro psiquiátrico para pacientes internados – Copago de **$200** por día, días 1 hasta 5 – Copago de **$0** por día, días 6 hasta 90 **Dentro de la red:** Servicios de proveedores y profesionales Copago de **$0** – Hospital para pacientes internados – Centro psiquiátrico para pacientes internados
Hospitalización: los servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la estadía en el hospital no es razonable ni necesaria, no cubriremos la estadía en el hospital. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios del médico • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortésicos (que no sean dentales) que reemplacen, en parte o por completo, un órgano interno (incluido el tejido contiguo) o que suplan, en parte o por completo, las funciones de un órgano interno disfuncional o inoperante de manera permanente, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, soportes y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambios en el estado físico del paciente • Terapia física, ocupacional y del habla	Cuando su hospitalización no esté cubierta, usted pagará el costo de los servicios recibidos según se describe en todo este cuadro de beneficios.
Terapia de nutrición médica	**Dentro de la red:** No hay ningún coseguro, copago ni deducible para los afiliados

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (de riñón) (que no estén recibiendo diálisis), o después de un trasplante de riñón, cuando sea referido por el médico. Cubrimos servicios de 3 horas de asesoramiento personalizado durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica dentro de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare original) y luego 2 horas por año. Si cambia su afección, tratamiento o diagnóstico, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con un referido del médico. El médico debe recetarle dichos servicios y renovar el referido cada año si el tratamiento es necesario el siguiente año calendario.	elegibles para servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés) **Los servicios del MDPP están cubiertos para personas elegibles en virtud de todos los planes de salud de Medicare.** El MDPP es una intervención estructurada para cambiar conductas de salud que proporciona capacitación práctica en cambios dietarios a largo plazo, incremento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos a fin de sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	**Dentro de la red:** No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.
Medicamentos de la Parte B de Medicare **Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare original. Los afiliados de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:** • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o administran como infusión mientras recibe servicios provistos por médicos, como paciente ambulatorio en el hospital o en centros de cirugía ambulatoria • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina necesaria por razones médicas) • Otros medicamentos que toma utilizando un equipo médico duradero (como nebulizadores), autorizados por nuestro plan • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi ® (nombre genérico lecanemab), se administra por vía intravenosa. Además de los costos de medicamentos, es posible que necesite escaneos y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué escaneos y pruebas podría necesitar como parte de su tratamiento • Factores de coagulación autoadministrados mediante inyección si padece de hemofilia • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes de órganos si Medicare	**Dentro de la red:** Medicamentos para quimioterapia Coseguro del **20%** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare Coseguro del **20%** – Consultorio del proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Farmacia Otros medicamentos de la Parte B de Medicare Coseguro del **20%** – Consultorio del proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio

Servicio cubierto	Lo que usted paga
pagó por su trasplante de órgano. Usted debe tener la Parte A en el momento de recibir el trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si usted está recluido en el hogar, tiene una fractura ósea que el médico certifique que fue resultado de osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • Ciertos medicamentos anticancerígenos de vía oral: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que nuevos medicamentos orales para el cáncer estén disponibles, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre • Medicamentos antieméticos de vía oral: Medicare cubre medicamentos antieméticos orales que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes de la quimioterapia, durante esta o dentro de las 48 horas posteriores, o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento antiemético intravenoso • Ciertos medicamentos de vía oral para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) cubiertos por la Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Ciertos medicamentos para diálisis en su hogar, incluidos heparina, antídoto para la heparina, cuando sea necesario por razones médicas, y anestésicos tópicos • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre eritropoyetina inyectable si tiene ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (tales como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxi polietilenglicol-epoetina beta) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en su hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (alimentación por sonda e intravenosa) El siguiente enlace lo llevará a una lista de Medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia por fases: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**	– Farmacia Su costo compartido por medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare es el mismo en todos los proveedores participantes. Algunos medicamentos reembolsables de la Parte B pueden estar sujetos a un coseguro inferior. Es posible que haya un costo adicional por la administración de un medicamento de la Parte B, además del costo por el medicamento mismo. Es posible que primero deba probar un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que está solicitando. Esto se llama “terapia por fases”. Usted no pagará más de $35 por un suministro de un mes (hasta 30 días) para todas las insulinas de la Parte B que cubra nuestro plan, y, si su plan tiene un deducible, no se aplica a la insulina de la Parte B.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
También cubrimos algunas vacunas bajo beneficio de medicamentos de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. En el Capítulo 5, se explica nuestro beneficio de los medicamentos de la Parte D, incluidas normas que debe seguir para que estos estén cubiertos. En el Capítulo 6 se explica lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan. Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	
Prueba de detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarle a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo obtiene en un entorno de cuidado médico primario, donde este puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico de cuidado primario u otro profesional médico para obtener información más detallada.	**Dentro de la red:** No hay ningún coseguro, copago ni deducible para la detección y terapia de prevención de obesidad.
Servicios de programas de tratamiento contra opioides Los afiliados de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento contra opioides (OTP, por sus siglas en inglés) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los EE.UU. para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés) agonistas y antagonistas de opioides. • Despacho y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	**Dentro de la red:** Copago de **$10** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio
Pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Radiografías	**Dentro de la red:** Servicios profesionales y del proveedor Copago de **$0** – Consultorio del proveedor de

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Radioterapia (radio e isótopos) incluidos los materiales y suministros del técnico • Suministros quirúrgicos, tales como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos empacados comienza desde la primera pinta de sangre que necesita • Pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio, como escaneos de tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés), resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés), electrocardiogramas (EKG, por sus siglas en inglés) y escaneos de tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés), cuando su médico u otro proveedor de cuidado de la salud las indica para tratar un problema médico • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) Copago de **$10** – Consultorio de un especialista <u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</u> Copago de **$0** – Consultorio del proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) Copago de **$10** – Consultorio de un especialista – Centro de cuidado de urgencia Copago de **$75** – Hospital ambulatorio <u>Servicios de imágenes avanzadas</u> Copago de **$150** – Consultorio del proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Centro de radiología independiente Copago de **$200** – Hospital ambulatorio <u>Servicios de radiología básicos</u> Copago de **$0** – Consultorio del proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) Copago de **$10** – Consultorio de un especialista – Centro de cuidado de urgencia Copago de **$75** – Hospital ambulatorio Copago de **$40**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	– Centro de radiología independiente Mamografía de diagnóstico Copago de **$0** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Centro de radiología independiente Radioterapia Copago de **$10** – Consultorio de un especialista Coseguro del **20%** – Hospital ambulatorio Copago de **$50** – Centro de radiología independiente Servicios de medicina nuclear Copago de **$200** – Hospital ambulatorio Copago de **$150** – Centro de radiología independiente Estudio del sueño en un centro médico Copago de **$10** – Consultorio de un especialista Copago de **$75** – Hospital ambulatorio Estudio del sueño en el hogar Copago de **$0** – Hogar del afiliado Suministros médicos Coseguro del **20%** – Proveedor de suministros médicos Colonoscopía de diagnóstico Copago de **$0**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	– Centro de cirugía ambulatoria – Hospital ambulatorio Servicios de laboratorio Copago de **$0** – Consultorio del proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Centro de cuidado de urgencia – Hospital ambulatorio – Laboratorio independiente
Observación hospitalaria ambulatoria Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente internado, o si puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, ellos deben cumplir con criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos únicamente cuando son proporcionados por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de acreditación estatal y por los estatutos del personal hospitalario para admitir a los pacientes en el hospital o solicitar pruebas ambulatorias. **Tenga en cuenta:** a menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo a usted como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos para los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. Obtenga más información de la hoja informativa *Beneficios de hospitales de Medicare* que está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si va a la sala de emergencias y se le pide que se quede para observación adicional, solo pagará el copago de la sala de emergencias. Consulte la sección "Cuidado de emergencia" de este cuadro para conocer lo que paga por una visita a la sala de emergencias. Se pueden aplicar costos adicionales para cualquier procedimiento o prueba que se realice durante la observación. Consulte la sección **Servicios hospitalarios ambulatorios**. Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios.	**Dentro de la red:** Copago de **$0** – Hospital ambulatorio

Servicio cubierto	Lo que usted paga
El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	
Servicios hospitalarios ambulatorios Cubrimos servicios necesarios por razones médicas que recibe en el departamento ambulatorio del hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, tales como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de diagnóstico y de laboratorio facturadas por el hospital • Cuidado de la salud mental, incluido cuidado médico en un programa de hospitalización parcial, si el médico certifica que sin este programa se requeriría tratamiento como paciente internado • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede autoadministrarse **Nota:** a menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo a usted como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos para los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	**Dentro de la red:** Pruebas y procedimientos de diagnóstico Copago de **$75** – Hospital ambulatorio Servicios de imágenes avanzadas Copago de **$200** – Hospital ambulatorio Servicios de medicina nuclear Copago de **$200** – Hospital ambulatorio Servicios de radiología básicos Copago de **$75** – Hospital ambulatorio Mamografía de diagnóstico Copago de **$0** – Hospital ambulatorio Radioterapia Coseguro del **20%** – Hospital ambulatorio Servicios de laboratorio Copago de **$0** – Hospital ambulatorio Servicios de cirugía Copago de **$175** – Hospital ambulatorio Servicios para la salud mental Copago de **$10** – Hospital ambulatorio Cuidado de heridas Copago de **$10** – Hospital ambulatorio Estudio del sueño en un centro médico Copago de **$75** – Hospital ambulatorio

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Servicios en casos de emergencia Copago de **$150** – Sala de emergencias Colonoscopía de diagnóstico Copago de **$0** – Hospital ambulatorio Servicios ambulatorios intensivos Copago de **$25** – Hospital ambulatorio Hospitalización parcial Copago de **$25** – Hospital ambulatorio
Cuidado ambulatorio de la salud mental Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental provistos por un médico o psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social clínico (CSW, por sus siglas en inglés), especialista en enfermería clínica (CNS, por sus siglas en inglés), asesor profesional con licencia (LPC, por sus siglas en inglés), terapeuta de matrimonio y familia con licencia (LMFT, por sus siglas en inglés), profesional de enfermería practicante (NP, por sus siglas en inglés), asistente médico (PA, por sus siglas en inglés) u otro profesional del cuidado de la salud mental autorizado por el estado y acreditado por Medicare, según lo permitido en las leyes estatales que correspondan. Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	**Dentro de la red:** Servicios para la salud mental Copago de **$10** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio
Servicios de rehabilitación ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje. Los servicios de rehabilitación ambulatoria se proveen en varios centros ambulatorios, como departamentos de cuidado ambulatorio en hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés). Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	**Dentro de la red:** Terapia física Copago de **$10** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios Terapia del habla Copago de **$10** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Terapia ocupacional Copago de **$10** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios
Servicios ambulatorios por trastornos de consumo de sustancias Tiene cobertura para el tratamiento de la farmacodependencia, según lo que está cubierto por Medicare original. Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	**Dentro de la red:** Servicios ambulatorios para trastorno por farmacodependencia Copago de **$10** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios provistos en hospitales de cuidado médico ambulatorio y centros de cirugía ambulatoria **Nota:** si va a realizarse una cirugía en un hospital, debe preguntarle a su proveedor si será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo a usted como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos para la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente ambulatorio. Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	**Dentro de la red:** Servicios de cirugía Copago de **$175** – Hospital ambulatorio Copago de **$100** – Centro de cirugía ambulatoria Colonoscopía de diagnóstico Copago de **$0** – Centro de cirugía ambulatoria – Hospital ambulatorio
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos *Hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo provisto como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario para la salud mental que es más intensivo que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta de matrimonio y familia con licencia (LMFT, por sus siglas en inglés) o asesor profesional con licencia y es una alternativa a la hospitalización como paciente internado. El *servicio ambulatorio intensivo* es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud del comportamiento (mental), proporcionado en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un Centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural, que es más intenso que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o asesor profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial. Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios.	**Dentro de la red:** Hospitalización parcial Copago de **$25** – Hospital ambulatorio Servicios ambulatorios intensivos Copago de **$25** – Hospital ambulatorio

Servicio cubierto	Lo que usted paga
El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	
***Examen físico (rutinario)** Además de la consulta anual de bienestar o del examen físico *Bienvenido a Medicare*, su cobertura incluye el siguiente examen una vez por año calendario: • Evaluación y control de medicina preventiva integral, incluso un historial adecuado para la edad y sexo, examen, y asesoramiento/orientación anticipada/intervenciones de reducción de factor de riesgo **Nota**: los procedimientos de laboratorio o de diagnóstico que se ordenen no estarán cubiertos por este beneficio y usted paga los costos compartidos del plan por esos servicios por separado.	**Dentro de la red:** Copago de **$0** – Consultorio del proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)
Servicios del médico/profesional médico, incluso visitas al consultorio Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de cuidados médicos o quirúrgicos necesarios por razones médicas que usted recibe en el consultorio del médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento ambulatorio hospitalario o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista • Exámenes auditivos y del equilibrio básicos realizados por su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) o especialista, si el médico lo solicita para saber si necesita un tratamiento médico • Ciertos servicios de telemedicina, incluidos los servicios prestados por proveedores de cuidado primario y especialistas; servicios especializados de salud mental y servicios psiquiátricos; servicios ambulatorios por farmacodependencia; y servicios que se necesitan con urgencia – Usted tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o a través de servicios de telemedicina. Si elige obtener uno de estos servicios a través de telemedicina, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de esta vía. – Puede utilizar un teléfono, una computadora, una tableta u otra video tecnología • Algunos servicios de telemedicina, entre ellos, consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telemedicina para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para afiliados con diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario u hospitalario con acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del afiliado • Servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral, independientemente del lugar donde usted se encuentre • Servicios de telemedicina para afiliados con un trastorno por consumo	**Dentro de la red:** Servicios profesionales y del proveedor Copago de **$0** – Consultorio del proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) Copago de **$10** – Consultorio de un especialista Servicios de telemedicina Copago de **$0** – Médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) virtual Copago de **$10** – Especialista virtual – Cuidado de la salud mental y tratamiento de farmacodependencia virtuales – Cuidado de urgencia virtual Servicios de imágenes avanzadas Copago de **$150** – Consultorio del proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista Servicios de cirugía Copago de **$0**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
de sustancias o trastorno de salud mental coexistente, independientemente del lugar donde se encuentre • Servicios de telemedicina para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental • Servicios de telemedicina para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud acreditados por el gobierno federal • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos **si:** – Usted no es un paciente nuevo **y** – El control no está relacionado con una consulta médica en los últimos 7 días **y** – El control no conduce a una consulta médica que sea dentro de las 24 horas posteriores o la cita más cercana disponible • Evaluación de video y/o imágenes que envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de 24 horas **si:** – Usted no es un paciente nuevo **y** – La evaluación no está relacionada con una consulta médica en los últimos 7 días **y** – La evaluación no conduce a una consulta médica que sea dentro de las 24 horas posteriores o la cita más cercana disponible • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o con sus registros médicos electrónicos • Segunda opinión por parte de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Cuidado dental que no sea rutinario (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación en casos de enfermedad neoplásica cancerígena, o servicios que estarían cubiertos si los proveyera un médico) • Servicios del médico o del profesional médico que se necesitan con urgencia proporcionados en el ámbito de un consultorio Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	– Consultorio del proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) Copago de **$10** – Consultorio de un especialista Radioterapia Copago de **$10** – Consultorio de un especialista Servicios que se necesitan con urgencia Copago de **$0** – Consultorio del proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) Copago de **$10** – Consultorio de un especialista
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado rutinario de los pies para afiliados con determinadas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores *La cobertura también incluye beneficios suplementarios de cuidado	**Dentro de la red:** Servicios de podología cubiertos por Medicare Copago de **$10** – Consultorio de un especialista **Dentro de la red:** Servicios de podología (rutinarios)

Servicio cubierto	Lo que usted paga

rutinario de los pies:
• Usted puede autoreferirse para una cantidad ilimitada de consultas por año calendario a un especialista de la red. Los servicios suplementarios cubiertos incluyen:
  • Reducción o corte de lesiones hiperqueratósicas benignas (por ej., durezas, verrugas, callos)
  • Recorte o desbridamiento de uñas
 	
Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.
	Copago de **$10**
	– Consultorio del especialista

Profilaxis previa a la exposición (PrEP, por sus siglas en inglés) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional médico del cuidado de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si es elegible, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluidos los cargos de la colocación de la inyección del medicamento, si corresponde. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (que incluyen la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento del uso de los medicamentos) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses. • Una prueba de detección única del virus de la hepatitis B	**Dentro de la red:** No se aplica coseguro, copago, ni deducible para el beneficio PrEP.
Pruebas de detección del cáncer de próstata Los siguientes servicios están cubiertos una vez cada 12 meses para hombres de la edad de 50 años o más: • Examen rectal digital • Examen de antígeno específico de la próstata (PSA, por sus siglas en inglés)	**Dentro de la red:** No hay ningún coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés).
Dispositivos protésicos y ortopédicos, suministros relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplacen de manera total o parcial una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, pero no se limitan a las pruebas, el ajuste o la capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, brazos y piernas artificiales y prótesis de mama (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos y la reparación y/o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortopédicos. Además, incluye parte de la cobertura después de la extracción o la cirugía de cataratas. Si desea más detalles, consulte	**Dentro de la red:** Coseguro del **20%** – Proveedor de prótesis

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidado para la vista más adelante en esta tabla. Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	
Servicios de rehabilitación pulmonar Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para afiliados que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) de moderada a muy grave y un referido para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica. Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	**Dentro de la red:** Copago de **$10** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso del alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusen del alcohol pero que no sean alcohólicos. Si su evaluación da positivo para abuso del alcohol, puede recibir hasta 4 breves sesiones de asesoramiento en persona por año (si usted está alerta y es competente durante el asesoramiento) provistas por un médico de cuidado primario o profesional médico acreditado, en un entorno de cuidado médico primario.	**Dentro de la red:** No hay ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol cubierto por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés) Para las personas elegibles, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los afiliados elegibles son**: personas de 50 a 77 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero con antecedentes de consumo de tabaco de al menos 20 años-paquete y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para una LDCT durante una sesión de asesoramiento para pruebas de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida conforme a los criterios de Medicare para dichas consultas a cargo de un médico o profesional no médico acreditado. *Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección inicial con LDCT:* los afiliados deben recibir una orden para prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede realizar durante cualquier consulta apropiada con un médico o profesional no médico acreditado. Si el médico o el profesional no médico acreditado opta por proporcionar una sesión de asesoramiento para pruebas de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida	**Dentro de la red:** No hay ningún coseguro, copago ni deducible por la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartida, ni por la LDCT cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT posteriores, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	
Prueba de detección de infección por el virus de la Hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de cuidado primario u otro proveedor de cuidado de la salud acreditado le indica realizarse una y si cumple con una de las siguientes condiciones: • Tiene un alto riesgo porque utiliza o ha utilizado drogas inyectables ilícitas. • Tuvo una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965, y no se le considera de alto riesgo, cubrimos una única prueba de detección. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido utilizando drogas inyectables ilícitas desde su última prueba de detección de hepatitis C con resultado negativo), cubrimos pruebas de detección anuales.	**Dentro de la red:** No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la Hepatitis C cubiertas por Medicare.
Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) y asesoramiento para prevenir las STI Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren mayor riesgo de contraer STI cuando los exámenes son ordenados por un proveedor de cuidado primario. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones presenciales individuales de 20 a 30 minutos de asesoramiento conductual de alta intensidad por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer STI. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son provistas por un proveedor de cuidado primario y se realizan en un entorno de cuidado médico primario, como en un consultorio médico.	**Dentro de la red:** No hay ningún coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) cubiertas por Medicare y el beneficio preventivo de asesoramiento sobre STI.
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios para las enfermedades renales y la diálisis cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a los afiliados a tomar decisiones informadas acerca de su cuidado médico. Para los afiliados que se encuentran en la etapa IV de su enfermedad renal crónica cuando su médico los refiere, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra fuera del área de servicio temporalmente, según se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o accesible temporalmente)	**Dentro de la red:** Servicios de educación sobre la enfermedad renal Copago de **$0** – Consultorio del proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista Servicios de diálisis renal Coseguro del **20%** – Centro de diálisis – Hospital ambulatorio

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir cuidado médico especial) • Capacitación para realizarse autodiálisis (incluye la capacitación para usted y para la persona que lo ayude con el tratamiento de diálisis en su hogar) • Equipo y suministros para diálisis en su hogar • Ciertos servicios de apoyo en su hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de asistentes capacitados en diálisis para controlar la diálisis en su hogar, para asistirlo en casos de emergencias y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua) Ciertos medicamentos para la diálisis se cubren dentro de la Parte B de Medicare. Si desea información acerca de la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte **Medicamentos de la Parte B de Medicare** en esta tabla. Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	Equipo médico duradero de alto costo Coseguro del **20%** – Proveedor de equipo médico duradero Todos los demás equipos médicos duraderos Coseguro del **20%** – Proveedor de equipo médico duradero
*** Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®** SilverSneakers® es un programa de acondicionamiento físico para personas de la tercera edad que se incluye sin cargo adicional con planes de salud de Medicare elegibles. Los afiliados tienen acceso a los gimnasios participantes en todo el país que pueden incluir pesas y máquinas, además de clases de ejercicio en grupo dirigidas por instructores capacitados en lugares seleccionados. Acceda a educación en línea en **SilverSneakers.com**, mire videos de entrenamiento en SilverSneakers On-Demand™ o descargue la aplicación para acondicionamiento físico SilverSneakers GO™ para ver más ideas de entrenamiento. El plan ofrece un beneficio de acondicionamiento físico que incluye acceso al nivel de costo más bajo de afiliación en los gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes de todo el país, así como clases de acondicionamiento físico en grupo impartidas en directo por instructores y diseñadas para personas mayores. Su afiliación no incluye servicios en un centro de acondicionamiento físico que normalmente tienen una tarifa adicional.	**Dentro de la red:** Copago de **$0**
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) (Para conocer la definición de cuidado en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. A los centros de enfermería especializada en ocasiones se les llama SNF, por sus siglas en inglés). La cobertura incluye hasta 100 días necesarios por razones médicas por período de beneficios. No se requiere una hospitalización anterior. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:	Se iniciará un nuevo período de beneficio el primer día que se inscriba por primera vez en un plan Medicare Advantage, o cuando se le haya dado de alta de un centro para pacientes internados o centro de enfermería especializada por **60 días consecutivos**. Por período de beneficio, usted

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Habitación semiprivada (o privada en caso de que sea necesario por razones médicas). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Terapia física, ocupacional y del habla. • Medicamentos que reciba como parte de nuestro plan de cuidado médico (esto incluye sustancias presentes en el organismo naturalmente, tales como factores coagulantes de la sangre). • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos empacados comienza desde la primera pinta de sangre que necesita. • Suministros médicos y quirúrgicos provistos normalmente por los centros de enfermería especializada. • Pruebas de laboratorio provistas normalmente por los centros de enfermería especializada. • Radiografías y otros servicios de radiología provistos normalmente por los centros de enfermería especializada. • Uso de aparatos, tales como sillas de ruedas, provistos normalmente por los centros de enfermería especializada. • Servicios del médico o profesional médico. Por lo general, recibe cuidado de centros de enfermería especializada en centros de la red. En determinados casos que se detallan a continuación, es posible que usted pueda pagar los costos compartidos dentro de la red de un centro médico que no sea un proveedor de la red si este acepta las cantidades que paga nuestro plan. • Un hogar para personas de la tercera edad o comunidad de cuidado continuo para jubilados en donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que el lugar provea cuidado en un centro de enfermería especializada). • Un centro de enfermería especializada en el que viva su cónyuge o pareja doméstica en el momento en que usted deja el hospital. Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	paga: **Dentro de la red:** Copago de **$0** por día, días 1 hasta 20 – Centro de enfermería especializada Copago de **$218** por día, días 21 hasta 100 – Centro de enfermería especializada
Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco se cubre para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos requisitos: • Consumen tabaco, a pesar de si presentan signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco • Están alertas y competentes durante el asesoramiento • Un médico calificado u otro profesional médico calificado reconocido por Medicare brinda el asesoramiento	**Dentro de la red:** No hay ningún coseguro, copago ni deducible para los beneficios de prevención para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar o consumir tabaco por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones por año).	
*** Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos** **CarePlus CareEssentials Allowance® (Subsidio CareEssentials de CarePlus)** **Productos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)** Todos los afiliados inscritos en el plan reciben una asignación mensual de **$45** que se carga automáticamente en una tarjeta de débito prepaga de uso limitado para utilizarla en los establecimientos participantes y comprar productos elegibles de estas categorías OTC: • Medicamentos para el resfriado, la gripe y las alergias • Artículos para el cuidado dental • Productos para el estómago y la digestión • Artículos de primeros auxilios y suministros médicos • Suministros para el control de la vejiga • Audífonos que se pueden comprar sin receta • Analgésicos • Artículos para el cuidado de la piel • Ayuda para dormir • Productos para dejar de fumar • Vitaminas y suplementos, y más Si ya tiene una Spending Account Card (tarjeta de cuenta de gastos) de CarePlus de su plan actual, consérvela, ya que su subsidio se cargará en esta tarjeta. Los nuevos afiliados recibirán una tarjeta por correo. Active su tarjeta tan pronto como la reciba. Utilice esta tarjeta para gastar su subsidio. • Su subsidio se carga a la tarjeta el primer día de cada mes. • Si no utiliza todo su dinero, la cantidad restante se transfiere, o se acumula, al siguiente mes. • Cualquier cantidad que quede en la tarjeta caducará al final del año. También puede caducar antes si abandona este plan. • Nuestro plan no se responsabiliza si alguien usa su subsidio sin permiso debido a pérdidas o robos. • Como con cualquier tarjeta de débito, mantenga esta tarjeta segura. • Conserve esta tarjeta incluso después de haber gastado el dinero. Se podrá cargar más dinero más adelante si permanece en el plan. • Es posible que se apliquen limitaciones y restricciones. Visite CarePlus.NationsBenefits.com para buscar tiendas o consultar su saldo. También puede ver el dorso de su Spending Account Card (tarjeta de cuenta de gastos) para obtener más información.	**Dentro de la red:** No hay coseguro, copago ni deducible para participar.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Además, este plan ofrece beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés). Para ser elegible para los SSBCI, debe cumplir **TODOS** los requisitos a continuación: 1. Haber sido diagnosticado con dos o más de afecciones crónicas elegibles que se enumeran a continuación. 2. Tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos significativos para la salud. 3. Necesitar una coordinación intensiva del cuidado de la salud. Afecciones crónicas elegibles: • Trastornos autoinmunes • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Consumo crónico de alcohol y otros trastornos de consumo de sustancias • Afecciones de salud mental crónicos e incapacitantes • Enfermedad gastrointestinal crónica • Insuficiencia cardíaca crónica • Hiperlipidemia crónica • Hipertensión crónica • Enfermedad renal crónica • Trastornos pulmonares crónicos • Afecciones asociadas al deterioro cognitivo • Afecciones con limitaciones funcionales • Demencia • Diabetes mellitus • VIH/SIDA • Trastornos neurológicos • Período posterior a un trasplante de órganos • Trastornos hematológicos graves • Derrame cerebral CarePlus puede determinar si tiene una afección crónica elegible de una o varias de las siguientes formas: • **Reclamación médica:** CarePlus tiene una reclamación médica registrada que incluye un diagnóstico de dos o varias de las afecciones crónicas elegibles. La reclamación médica debe tener una fecha de prestación del servicio a partir del 1/1/2022. **O BIEN,** • **Evaluación de riesgos para la salud (HRA, por sus siglas en inglés):** indicación en una HRA de que le han diagnosticado al menos dos de las afecciones crónicas elegibles. La HRA debe estar realizada a partir del 1/1/2022. La HRA se encuentra creando una cuenta e iniciando sesión en su cuenta en CarePlusHealthPlans.com/HRA. Una vez que CarePlus confirme que ha cumplido el requisito de afección crónica mediante uno de los métodos anteriores, CarePlus revisará su expediente de afiliado para determinar si cumple los demás requisitos de	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
elegibilidad. Esta revisión determinará si es elegible para recibir beneficios adicionales a través de CarePlus CareEssentials Allowance®. Para obtener más información y asistencia, hable con Servicios para afiliados. Este plan ofrece los siguientes SSBCI: **CarePlus CareEssentials Allowance®** **Si es elegible para estos SSBCI,** puede comprar productos elegibles en tiendas minoristas participantes utilizando el mismo dinero, con la misma tarjeta, como: • Comestibles (productos agrícolas, fruta, pan, carne, lácteos, etc.) • Artículos de cuidado personal (pasta de dientes, champú, jabón corporal, desodorante, etc.) • Suministros para el hogar (papel higiénico, toallas de papel, limpiador de baño, detergente para ropa, etc.) • Dispositivos de asistencia para el hogar (barras de sujeción, asientos elevados para el inodoro, aparatos para agarrar cosas, etc.) • Suministros para mascotas (alimento para mascotas, arena para mascotas, champú para pulgas, etc., excluye servicios de peluquería, facturas veterinarias y medicamentos recetados para mascotas) Este subsidio se puede utilizar para pagar servicios aprobados, **siempre que el proveedor del servicio pueda tramitar el pago,** como: • Gastos mensuales de subsistencia (alquiler/hipoteca, servicios públicos, teléfono, Internet, etc.) • Costos de transporte no médico (transporte público, taxi, Uber, Lyft, etc.) • Servicios de respuesta de emergencia personal a través del proveedor aprobado del plan • Servicios de control de plagas • Servicios de cuidado de acompañamiento a través del vendedor aprobado del plan • Servicios de equipo de calidad del aire interior La participación de los comercios está sujeta a cambios y no garantiza la aceptación de la Spending Account Card (tarjeta de cuenta de gastos). Es posible que algunas empresas de alquiler y de servicios públicos no acepten esta forma de pago. *Este subsidio para gastos es un programa de beneficios suplementarios especiales destinado a los afiliados que tienen determinadas afecciones crónicas, que requieren una coordinación intensiva del cuidado de la salud y que tienen un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud. Las afecciones que califican incluyen diabetes mellitus, trastornos cardiovasculares, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos pulmonares crónicos o insuficiencia cardíaca crónica, entre otras. Algunos planes requieren, al menos, dos afecciones. Si	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
utiliza este programa para el alquiler o los servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) requiere que se informe como ingresos si busca asistencia. Comuníquese con su oficina local del HUD si tiene alguna pregunta.	
*** Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos** **Asistencia para el cuidado de afecciones crónicas:** Una vez que se hayan agotado los beneficios y recursos comunitarios del plan, los fondos de la Asistencia para el cuidado de afecciones crónicas pueden estar disponibles para afiliados que participan en un programa de coordinación del cuidado de la salud, que se haya identificado que tienen alto riesgo de hospitalización y que se les haya diagnosticado al menos una de las siguientes afecciones crónicas: • Trastorno por consumo crónico de alcohol y otros trastornos de consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés) • Trastornos autoinmunes • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca congestiva • Demencia • Diabetes mellitus • Enfermedad renal crónica • Trastornos hematológicos (sanguíneos) graves • VIH/SIDA • Trastornos pulmonares crónicos. • Afecciones de salud mental crónicas incapacitantes • Trastornos neurológicos • Derrame cerebral • Cuidado posterior a un trasplante de órganos Los coordinadores del cuidado de la salud pueden asignar hasta **$500** por año para usar y reducir barreras identificadas o cerrar brechas en el cuidado de la salud que previenen que afiliados elegibles al programa alcancen sus metas de cuidado de la salud. Es posible que los coordinadores del cuidado de la salud asignen fondos para ayudar a pagar los artículos o servicios aprobados del programa, o coordinar el acceso a estos, incluidos, entre otros: • Asistencia para pagar el copago o los costos compartidos para los beneficios cubiertos por este plan • Asistencia para pagar los servicios públicos (teléfono, Internet, agua, alcantarillado, gas, electricidad) • Asistencia para pagar la vivienda (alquiler o hipoteca) • Dispositivos de seguridad seleccionados para el hogar y el baño (barras de sujeción, asientos elevados para el inodoro, banca o silla para la ducha, etc.)	**Dentro de la red:** No hay coseguro, copago ni deducible para participar.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Productos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) seleccionados. Los afiliados pueden analizar la lista completa de artículos, servicios y limitaciones con su coordinador de cuidado de la salud. El plan aprobó que proveedores coordinen el pago o la entrega de todos los servicios y artículos. Ni CarePlus ni los proveedores son responsables por artículos perdidos o robados. No se permiten devoluciones ni reembolsos. No se garantizan las fechas de llegada de los pagos. El plan no asume ninguna responsabilidad por cumplir con las fechas de vencimiento de los pagos. El uso de los beneficios indica la aceptación por parte del afiliado del riesgo de utilizar procesos de pago de terceros. El subsidio no utilizado expira al vencimiento del plan. Siga el enlace **CarePlusHealthPlans.com/CareAssistance** para revisar la lista de limitaciones y restricciones que se podrían aplicar. *La asistencia para el cuidado de afecciones crónicas es un beneficio suplementario especial destinado a los afiliados que tienen determinadas enfermedades crónicas, que requieren una coordinación intensiva del cuidado de la salud y que tienen un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud. Las afecciones que califican pueden incluir diabetes mellitus, trastornos cardiovasculares, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos pulmonares crónicos o insuficiencia cardíaca crónica, entre otras. Algunos planes requieren al menos dos afecciones. Si utiliza este programa para el alquiler o los servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) requiere que se informe como ingresos. Comuníquese con su oficina local del HUD si tiene alguna pregunta.	
Terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) La SET está cubierta para los afiliados que tienen enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés) sintomática. 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: • Constar de sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación • Realizarse en un hospital en un entorno para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico • Estar a cargo de personal auxiliar acreditado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y capacitado en la terapia con ejercicios para la PAD • Contar con la supervisión directa de un médico, auxiliar médico (PA, por sus siglas en inglés) o profesional de enfermería practicante (NP, por sus	**Dentro de la red:** Copago de **$10** – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio

Servicio cubierto	Lo que usted paga
siglas en inglés)/especialista en enfermería clínica (CNS, por sus siglas en inglés) con formación tanto en técnicas básicas de soporte vital como avanzadas La SET puede estar cubierta más allá de 36 sesiones durante 12 semanas e incluir otras 36 sesiones durante un período prolongado si un proveedor de cuidado de la salud lo considera necesario por razones médicas. Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	
*** Transporte** Tiene cobertura para 26 viajes sencillos, que no sean en caso de emergencia, a lugares aprobados por el plan dentro del área de servicio del plan por año calendario. Este beneficio ofrece millas ilimitadas para viajes sencillos. Los viajes sencillos de más de 35 millas requieren autorización previa. Los lugares autorizados por el plan incluyen centros médicos, consultorios médicos y odontológicos, farmacias y gimnasios. Los afiliados deben programar los traslados con el proveedor de transporte con al menos 3 días hábiles de antelación a su cita. Si tiene un teléfono inteligente, puede programar sus viajes a través de la **aplicación CareTrip**. Puede descargarla desde Apple App Store® y Google Play®. Si utiliza una silla de ruedas, tiene alguna otra necesidad especial o desea que le acompañe hasta una persona durante el viaje, comuníqueselo al proveedor cuando reserve su viaje. Puede contactar a Servicios para afiliados para obtener más información sobre los lugares aprobados por el plan y los requisitos de autorización previa. Servicios para afiliados también puede ayudarle a reservar su viaje.	**Dentro de la red:** Copago de **$0**
Transporte médico que no sea de emergencia de uniformidad y flexibilidad Si usted tiene un diagnóstico de cualquiera de las afecciones crónicas que se identifican a continuación, es elegible para el beneficio de transporte médico que no sea de emergencia de uniformidad y flexibilidad. • Cáncer • Enfermedad renal crónica (CKD, por sus siglas en inglés) • Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) Si es elegible, tiene cobertura ilimitada para viajes, que no sean en caso de emergencia, a lugares aprobados por el plan dentro del área de servicio del plan por año calendario. Este beneficio ofrece millas ilimitadas para viajes sencillos. Los viajes sencillos de más de 35 millas requieren autorización previa. Los lugares autorizados por el plan incluyen centros médicos, consultorios médicos y odontológicos, farmacias y gimnasios	**Dentro de la red:** Copago de **$0**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Los afiliados deben programar los traslados con el proveedor de transporte con al menos 3 días hábiles de antelación a su cita. Si tiene un teléfono inteligente, puede programar sus viajes a través de la **aplicación CareTrip**. Puede descargarla desde Apple App Store® y Google Play®. Si utiliza una silla de ruedas, tiene alguna otra necesidad especial o desea que le acompañe una persona durante el viaje, comuníqueselo al proveedor cuando reserve su viaje. Puede contactar a Servicios para afiliados para obtener más información sobre los lugares aprobados por el plan de salud y los requisitos de autorización previa. Servicios para afiliados puede ayudarle a reservar su viaje.	
Servicios que se necesitan con urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan y no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios que se necesitan con urgencia y solo cobrarle los costos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los exámenes anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. La cobertura incluye servicios que se necesitan con urgencia en todo el mundo. Si necesita cuidado de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar por adelantado por los servicios prestados. Debe enviar prueba de pago a para el reembolso. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7. Es posible que no le reembolsemos todos sus gastos de desembolso personal. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser inferiores a las tarifas de los proveedores fuera de los EE. UU. y sus territorios. Usted es responsable de todos los costos que excedan nuestras tarifas contratadas, así como de todos los costos compartidos del afiliado que correspondan. Consulte **Servicios de un médico o profesional médico, incluidas las visitas al consultorio médico** para obtener información adicional sobre los servicios que se necesitan con urgencia proporcionados en el ámbito de un consultorio.	**Dentro de la red:** Servicios que se necesitan con urgencia Copago de **$10** – Centro de cuidado de urgencia **Fuera de la red:** Cobertura mundial Copago de **$10** – Centro de cuidado de urgencia
Programa virtual de recuperación cardíaca (beneficio de uniformidad y flexibilidad) **Elegibilidad y descripción**	**Dentro de la red:** Copago de **$0**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Los afiliados elegibles deben haber sido hospitalizados o haber permanecido en observación en los últimos 30 días por un diagnóstico de insuficiencia cardíaca, según los criterios de clasificación de la CIE-10 establecidos por el plan. Los afiliados también deben cumplir uno de los siguientes requisitos: (a) insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (HFrEF, por sus siglas en inglés) o (b) insuficiencia cardíaca con al menos una afección adicional (hipertensión con complicaciones, neumonía, excluida la tuberculosis, o signos y síntomas respiratorios). Las afecciones adicionales deben estar activas dentro del mismo período de referencia. Cuando no se disponga directamente de la fracción de eyección, se utilizarán criterios sustitutivos que sean clínicamente validados. Todos los afiliados elegibles tendrán el mismo acceso. **Descripción del beneficio** El programa ofrece cuidado coordinado mediante ejercicio supervisado, seguimiento nutricional y farmacológico, y evaluaciones funcionales a través de planes personalizados de cuidado prestados mediante telesalud. Incluye hasta 36 sesiones por episodio tras una hospitalización que califica, con un copago de $0. Puede incluir seguimiento a distancia, asesoramiento conductual, formación y visitas a proveedores. Este beneficio suplementa, pero no sustituye, la rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. **Alcance y limitaciones** • Los servicios deben ser necesarios por razones médicas y estar relacionados con la afección que califica. • Un episodio por cada hospitalización que califica; cada hospitalización puede desencadenar un nuevo episodio si se cumplen los criterios. • Es posible que se requiera una autorización previa en función de la confirmación de la elegibilidad y la necesidad médica. • Los servicios deben ser prestados por proveedores aprobados por el plan. **Determinaciones sobre la cobertura y apelaciones** Las solicitudes se tramitan como determinaciones de la organización Medicare Advantage. Los afiliados pueden solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones.	
Cuidado para la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos ambulatorios para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare original no cubre exámenes rutinarios de la vista (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de	**Dentro de la red:** Servicios para la vista cubiertos por Medicare Copago de **$10** – Consultorio de un especialista Prueba de detección de glaucoma Copago de **$0** – Consultorio de un especialista

Servicio cubierto	Lo que usted paga
glaucoma son personas con historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años de edad y mayores, y estadounidenses hispanos de 65 años de edad o mayores • Para personas con diabetes, las pruebas de detección de retinopatía diabética están cubiertas una vez por año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular. Si tiene 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda cirugía Los anteojos cubiertos después de una cirugía de cataratas incluyen monturas y lentes estándares según lo definido por Medicare; no está cubierto ningún producto de calidad superior (incluidos, entre otros, monturas de lujo, tintes, lentes progresivos o capa antirreflectora). Además, cubrimos **beneficios suplementarios obligatorios de servicios para la vista** que incluyen un examen rutinario de la vista y un subsidio para artículos de la vista. El símbolo 🍏 (servicio preventivo) se aplica únicamente a las pruebas de detección de glaucoma. Nuestro plan requiere autorización previa para ciertos artículos y servicios. El siguiente enlace lo llevará a una lista de artículos y servicios que pueden estar sujetos a autorización previa: **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.	Examen de la vista para diabéticos Copago de **$0** – Todos los centros de tratamiento Artículos para la vista (después de una cirugía de cataratas) Copago de **$0** – Todos los centros de tratamiento **Beneficios obligatorios suplementarios de servicios para la vista** *Usted tiene cobertura para beneficios suplementarios obligatorios de servicios para la vista. Para obtener información detallada, consulte la descripción de los **beneficios suplementarios obligatorios de servicios para la vista** que aparece al final de esta tabla. **Tenga en cuenta:** la red de proveedores para sus beneficios suplementarios de servicios para la vista puede ser diferente a la red de proveedores para los beneficios de servicios para la vista de Medicare original indicados anteriormente.
🍏 **Consulta preventiva Bienvenido a Medicare** Nuestro plan cubre la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* que se realiza una sola vez. La consulta incluye una revisión de su salud, así como también educación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que usted necesita (incluye ciertas pruebas de detección y vacunas), y si fuera necesario, referidos para otro tipo de cuidado médico que necesite. **Importante:** cubrimos la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses en los que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe una cita, informe al consultorio médico que usted quiere programar su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare.*	**Dentro de la red:** No hay ningún coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.

Beneficio suplementario dental obligatorio DEN202

Descripción de la cobertura
Usted puede recibir los siguientes servicios rutinarios dentales no cubiertos por Medicare:

Información del plan

La siguiente información incluye datos importantes sobre los límites de beneficios y detalles de costos para proveedores dentro y fuera de la red. Debajo de la sección de detalles de cobertura, encontrará más información sobre su plan.

Proveedores dentro de la red

- Los proveedores dentales dentro de la red han acordado proporcionar los servicios cubiertos a las tarifas contratadas, según la lista de tarifas dentro la red (INFS).
- Si un afiliado consulta a un proveedor dental de la red participante, no se le pueden facturar cargos que excedan la lista de tarifas acordada.
- Este plan no incluye cobertura fuera de la red.
- Para encontrar un dentista o consultar si su dentista está en nuestra red, visite **CarePlusHealthPlans.com/DentalFinder**.

Descripción del beneficio	Dentro de la red, usted paga	Fuera de la red, usted paga
Servicios preventivos		
Exámenes Frecuencia/Límites – 2 códigos de procedimiento por año calendario		
Examen oral periódico – D0120	**0%**	**100%**
Exámenes Frecuencia/Límites – 2 códigos de procedimiento por año calendario		
Examen diagnóstico de emergencia – D0140	**0%**	**100%**
Profilaxis (limpieza) Frecuencia/Límites – 2 códigos de procedimiento por año calendario		
Profilaxis (limpieza) – D1110	**0%**	**100%**
Radiografías de mordida Frecuencia/Límites – 2 códigos de procedimiento por año calendario		
Radiografías de mordida – D0270, D0272, D0273, D0274	**0%**	**100%**
Radiografías panorámicas Frecuencia/Límites – 1 código de procedimiento por año calendario		
Serie completa – D0210	**0%**	**100%**
Radiografía panorámica – D0330	**0%**	**100%**
Servicios de diagnóstico Frecuencia/Límites – 1 código de procedimiento cada 3 años calendario		
Examen integral – D0150	**0%**	**100%**

Descripción del beneficio	Dentro de la red, usted paga	Fuera de la red, usted paga
Servicios integrales		
Mantenimiento periodontal Frecuencia/Límites – 4 códigos de procedimiento por año calendario		
Mantenimiento periodontal después de terapia periodontal – D4910	**0%**	**100%**
Restauraciones (empastes) – Amalgama y/o Resina compuesta Frecuencia/Límites – 4 códigos de procedimiento por año calendario		
Amalgama (plata) – primaria o permanente – D2140, D2150, D2160, D2161	**0%**	**100%**
Resina compuesta (blanca) – anterior (parte delantera) o posterior (parte trasera) – D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394	**0%**	**100%**
Extracciones (sacar dientes) Frecuencia/Límites – 5 códigos de procedimiento por año calendario		
Extracción, diente erupcionado, o raíz expuesta – D7140, D7210	**0%**	**100%**
Extracción de diente impactado – D7220, D7230, D7240	**0%**	**100%**
Extracción quirúrgica de raíces dentales residuales – D7250	**0%**	**100%**
Raspado – Inflamación generalizada Frecuencia/Límites – 1 código de procedimiento por año calendario		
Raspado – inflamación gingival moderada o grave - D4346	**0%**	**100%**
Alisado y raspado radicular Frecuencia/Límites – 1 código de procedimiento cada año calendario, por cuadrante		
Alisado y raspado radicular periodontal – D4341, D4342	**0%**	**100%**
Servicios de endodoncia Frecuencia/Límites – 1 código de procedimiento por año calendario		
Conducto radicular – D3310, D3320, D3330	**0%**	**100%**
Recementado de puente Frecuencia/Límites – 1 código de procedimiento cada 5 años calendario		
Recementado de dentadura postiza parcial fija (puente) – D6930	**0%**	**100%**
Puentes – Fijo Frecuencia/Límites – 1 código de procedimiento cada 5 años calendario		
Corona de puente fijo – D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6243, D6245	**0%**	**100%**
Puentes – Corona Frecuencia/Límites – 2 códigos de procedimiento cada 5 años calendario		
Corona de anclaje – D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6790, D6791, D6792, D6794	**0%**	**100%**

Descripción del beneficio	Dentro de la red, usted paga	Fuera de la red, usted paga
Dentaduras postizas completas/dentaduras postizas parciales Frecuencia/Límites – 1 dentadura postiza superior e inferior, completa o parcial, cada 5 años calendario Incluye extracciones necesarias para ajustar las dentaduras postizas (ilimitadas)		
Dentadura postiza completa – maxilar (superior) o mandibular (inferior) – D5110, D5120	**0%**	**100%**
Dentadura postiza provisional – maxilar (superior) o mandibular (inferior) – D5130, D5140	**0%**	**100%**
Dentaduras postizas parciales – resina o metal, maxilar (superior) o mandibular (inferior) - D5211, D5212, D5213, D5214	**0%**	**100%**
Ajustes, rebase o revestimiento de dentadura postiza (no permitido en dentaduras postizas de repuesto o dentro de los seis meses posteriores a la colocación inicial) Frecuencia/Límites – 1 código de procedimiento por año calendario		
Ajuste de dentadura postiza completa – maxilar (superior) o mandibular (inferior) – D5410, D5411	**0%**	**100%**
Rebasado de dentadura postiza completa – maxilar (superior) o mandibular (inferior) – D5710, D5711	**0%**	**100%**
Revestimiento de dentadura postiza completa – maxilar (superior) o mandibular (inferior) – D5730, D5731, D5750, D5751	**0%**	**100%**
Cirugía oral Frecuencia/Límites – 2 códigos de procedimiento por año calendario		
Cirugía oral - D7270, D7280, D7284, D7285, D7286, D7287, D7288, D7310, D7311, D7320, D7321, D7410, D7411, D7412, D7450, D7451, D7460, D7461, D7509, D7510, D7961, D7962, D7963, D7970, D7971, D7972	**0%**	**100%**
Anestesia Frecuencia/Límites – Según se necesite con códigos cubiertos por año calendario (junto con procedimientos exhaustivos y/o complejos, sujeto a limitaciones y exclusiones del plan, sujeto a revisión clínica)		
Administración de analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nítrico – D9230	**0%**	**100%**
Administración de sedación profunda/anestesia general – D9222, D9223	**0%**	**100%**
Administración de sedación/analgesia moderada (consciente) intravenosa – D9239, D9243	**0%**	**100%**
Administración de sedación/analgesia moderada (consciente) no intravenosa – D9246, D9247	**0%**	**100%**

Límites de los beneficios

- Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones.
- Todos los servicios deben recibirse en la consulta de un dentista general o especialista dental participante y dentro de la red (por ejemplo, cirujano oral, endodoncista, periodoncista, etc.).
- Los beneficios se ofrecen en base al año calendario.

- El dentista puede sugerir y ayudar a coordinar servicios adicionales no enumerados en la tabla anterior; sin embargo, no están cubiertos los procedimientos recibidos que no estén enumerados en esta tabla o que superen las limitaciones de los beneficios que se enumeran en esta tabla.
- El afiliado puede ser responsable de los costos de estos servicios adicionales y se le pueden cobrar las tarifas usuales y habituales del proveedor de servicios dentales, menos cualquier descuento que corresponda según el contrato.
- Las reclamaciones enviadas están sujetas a un proceso de revisión que puede incluir una revisión clínica y un historial dental para aprobar la cobertura.

Obtenga más información sobre sus beneficios

- Para obtener más información sobre sus beneficios dentales, visite **CarePlusHealthPlans.com/Dental** para ver el cuadro completo de beneficios dentales de su plan dental.
- Si tiene preguntas, también puede llamar a nuestro Departamento de Servicios para afiliados al 800 794 5907. Si usa TTY, llame al 711. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada durante los fines de semana y los días festivos. Para el servicio de atención las 24 horas, puede visitar **CarePlusHealthPlans.com**.

Cómo estimar costos dentales

Si se estima que el cuidado dental que necesita excederá los **$300**, le sugerimos que usted o su dentista nos envíen un plan de tratamiento dental para que lo consideremos con anticipación y así podamos proporcionarle un presupuesto para los servicios. El plan de pretratamiento debe incluir lo siguiente:

1. Una lista de los servicios que recibirá, utilizando la terminología y los códigos de la Asociación Dental Americana.
2. La descripción por escrito de su dentista del tratamiento propuesto.
3. Las radiografías que muestren sus necesidades dentales.
4. El costo detallado del tratamiento propuesto.
5. Cualquier otro material de diagnóstico que solicitemos.

Cómo se calculan los pagos

Por servicios dentales cubiertos, pagaremos de la siguiente manera:

- Determinaremos el gasto total cubierto.
- Compararemos el gasto cubierto con la cantidad máxima del beneficio permitido.
- Le pagaremos lo que resta del gasto a usted o a su dentista

Definición de fecha de servicio

Para fines de facturación de reclamaciones dentales, la "Fecha de servicio" (DOS, por sus siglas en inglés) se define de la siguiente manera:

- La fecha en que los dientes se preparan para puentes fijos, coronas, incrustaciones dentales o superposiciones dentales
- La fecha en que se realiza la impresión o el escaneo digital para dentaduras postizas o dentaduras postizas parciales
- La fecha en que se toma la impresión o el escaneo digital del soporte/implante para coronas de implantes
- La fecha en que se abre la cámara pulpar de un diente para el tratamiento del conducto radicular
- La fecha en que se realiza la cirugía periodontal
- La fecha en que se realiza el servicio para servicios no detallados anteriormente

Opciones de tratamiento

- Por afecciones dentales que tengan dos o más tratamientos posibles, CarePlus cubrirá el tratamiento de menor costo, siempre y cuando este proporcione resultados satisfactorios comprobados.
- Si decide recibir un tratamiento de costo superior, usted será responsable de la diferencia.

Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la audición HER106
Descripción de la cobertura

Para usar su beneficio, debe llamar a NationsHearing al 888-742-8038 para programar una cita.

Descripción del beneficio	Dentro de la red Usted paga
Examen auditivo rutinario (1 por año calendario)	**$0**
Hasta 2 audífonos recetados cada año (1 por oído por año). El beneficio dentro de la red se limita a los audífonos recetados de NationsHearing de nivel 1 y nivel 2, que están disponibles en varias marcas y opciones. Los audífonos recetados de nivel 1 y nivel 2 seleccionados están disponibles en opciones de estilo recargable. **Para usar su beneficio dentro de la red, debe llamar a NationsHearing al 888-742-8038 (para TTY, marque 711) para programar una cita.** La compra de audífonos de la red incluye: – Una consulta de ajuste durante el primer año después de la compra de audífonos con el proveedor original – 3 consultas de seguimiento con un proveedor durante el primer año después de la compra de audífonos con el proveedor original – Período de prueba de 60 días – Garantía prolongada de 3 años – 3 años de baterías por audífono no recargable (hasta 60 celdas por oído por año) El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes: – Audífonos de venta sin receta – Accesorios para audífonos – Consultas adicionales con el proveedor – Baterías adicionales (o baterías cuando se compra un audífono recargable) – Los costos asociados a reclamaciones de garantía por pérdida y daños Los costos asociados a los artículos excluidos son responsabilidad del afiliado y no están cubiertos por el plan.	**$399** por audífono de nivel 1 **O** **$675** por audífono de nivel 2

Los copagos, coseguros y deducibles que se pagan por los beneficios suplementarios no cuentan como parte de su cantidad máxima de desembolso personal.

Estos beneficios se ofrecen cada año calendario. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá.

Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la vista VIS029

Descripción de la cobertura
Usted puede recibir los siguientes servicios rutinarios relacionados con la vista no cubiertos por Medicare:

Descripción del beneficio	Usted paga
Examen rutinario de la vista • Examen de salud de los ojos, incluyendo un examen de la vista con refracción y dilatación, cuando sea necesario • 1 examen por año calendario	**$0**
Elección de 1 opción de artículos de la vista por año del plan:	
Opción 1 de artículos para la vista • Anteojos: montura, lentes y adaptación • Lentes de contacto, convencionales o desechables, y adaptación	Cualquier cantidad que exceda **$400**
Opción 2 de artículos para la vista • Opción de 3 par(es) de anteojos seleccionados**, montura(s), lentes y adaptación(es), por año del plan • Puede elegir anteojos de sol recetados como 1 par	**$0****
Todos los anteojos pueden incluir los siguientes complementos: un filtro de protección ultravioleta y una capa contra rayaduras. (El afiliado es responsable de los costos de los complementos adicionales.)	**$0**

**Consulte a un proveedor para la vista de la red para obtener más información sobre la opción de anteojos sin costo.

Para encontrar un proveedor de cuidados para la vista de rutina o para verificar si su proveedor está en nuestra red, vaya a **CarePlusHealthPlans.com/FindCare**.

Estos beneficios se ofrecen cada año calendario. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá.

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

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

La siguiente tabla describe los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que están cubiertos solamente bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted excepto en las condiciones específicas que se enumeran a continuación. Aun si recibe los servicios en un centro de emergencia, los servicios excluidos no se cubren y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y se decide tras la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Si desea información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solamente bajo condiciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias
Cargos por los equipos utilizados principal y habitualmente con fines no médicos, aunque el artículo tenga algún uso remoto relacionado con la medicina.	No cubiertos bajo ninguna condición
Procedimientos o cirugías estéticas	Cubiertos en los casos de lesiones por accidente o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con malformaciones Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de la mama sobre la que se realizó una mastectomía, así como también la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica
Cuidado personal no médico El cuidado personal no médico es cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	No cubierto bajo ninguna condición
Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales. Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare original generalmente define como no aceptados por la comunidad médica	Pueden estar cubiertos por Medicare original, dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Gastos generados por cuidado médico por parte de familiares directos o personas que habiten en su hogar	No cubiertos bajo ninguna condición

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solamente bajo condiciones específicas
Cuidado de enfermería de tiempo completo en el hogar	No cubierto bajo ninguna condición
Pruebas genéticas/moleculares sin haber completado con éxito la evaluación técnica del programa de servicios de diagnóstico molecular (MoIDX®) Las pruebas genéticas o moleculares analizan elementos como el ADN, el ARN, las proteínas u otros marcadores biológicos del organismo. Si su médico le habla de una de estas pruebas, asegúrese de comprender si está cubierta por su plan. Las pruebas genéticas/moleculares que no estén aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) deben ser evaluadas y aprobadas mediante una evaluación técnica (TA, por sus siglas en inglés) realizada por Palmetto GBA, como parte del programa MolDX, para que sean cubiertas por CarePlus y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Los CMS requieren que la TA demuestre su utilidad clínica, en el sentido de que mejore los resultados de los pacientes o modifique las decisiones de administración de los médicos, y que sea además una prueba válida con validez clínica y analítica demostradas. Solo se tendrán en cuenta para su cobertura aquellas pruebas genéticas/moleculares que hayan completado con éxito la TA. La lista completa está disponible en el Registro de Intercambio de Datos Diagnósticos DEX®. Para obtener más información sobre los requisitos de necesidad médica de las pruebas genéticas/moleculares cubiertas, consulte CMS.gov y CarePlusHealthPlans.com/CoveragePolicies. Verifique con su proveedor que la prueba genética/molecular en cuestión figure en el Registro de Intercambio de Datos Diagnósticos DEX®.	No cubierto bajo ninguna condición

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solamente bajo condiciones específicas
Servicios de cuidado de la salud en el hogar	Medicare cubre los cuidados de enfermería especializada de medio tiempo o intermitentes que sean necesarios por razones médicas.
Los servicios domésticos incluyen ayuda básica del hogar, incluyendo tareas simples del hogar o preparación de comidas sencillas.	No cubiertos bajo ninguna condición
Servicios de naturópatas (utilizan tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos bajo ninguna condición
Lentes intraoculares (LIO) no convencionales después de una cirugía de cataratas, incluidas: • **una función correctora del astigmatismo de una lente intraocular** • **una función correctora de la presbicia de una lente intraocular**	No cubiertos bajo ninguna condición
Cuidado dental que no sea rutinario	El cuidado dental requerido para tratar una enfermedad o lesión puede cubrirse como cuidado médico para un paciente internado o ambulatorio
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético
Artículos personales, tales como teléfono o televisor en la habitación del hospital o del centro de enfermería especializada	No cubiertos bajo ninguna condición
Habitación privada en un hospital	Cubierta solamente cuando sea considerada necesaria por razones médicas
Compra, en lugar de alquiler, de equipo médico duradero que Medicare original no permite que se compre directamente	No cubierta bajo ninguna condición
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros de anticoncepción no recetados	No cubiertos bajo ninguna condición
Servicios que no se consideran razonables y necesarios, según las normas de Medicare original	No cubiertos bajo ninguna condición

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios médicos o en cualquier otro lugar de esta *Evidencia de cobertura*, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por Medicare original ni por nuestro plan:**

- Queratotomía radial, cirugía LASIK, y otros accesorios para la vista deficiente. No obstante, los anteojos están cubiertos para las personas después de una cirugía de cataratas, y según se describe en la Tabla de beneficios médicos, sujeto a limitaciones.

- Servicios provistos a veteranos en los centros de Asuntos para Veteranos (VA, por sus siglas en inglés).
- Gastos incurridos mientras califica para cualquier ley sobre compensación para trabajadores o de enfermedad ocupacional, más allá de que haya solicitado o no la cobertura.
- Servicios que cumplan con los siguientes requisitos:
  - Sean gratis o que usted no tendría la obligación de pagar si no tuviera este seguro, a menos que se reciban cargos de parte del gobierno de EE. UU. que sean reembolsables al gobierno o a cualquiera de sus agencias, según sea requerido por ley.
  - Sean proporcionados o pagaderos por cualquier plan o ley a través de cualquier subdivisión gubernamental o política (no incluye Medicare ni Medicaid).
  - Sean proporcionados por cualquier hospital, institución o agencia que pertenezca o sea dirigida por el gobierno de EE. UU. para cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
- Cualquier pérdida causada o empeorada por la guerra o un acto bélico, ya sea declarado o no, por un acto de conflicto armado internacional, o por un conflicto que involucre a las fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
- Cualquier gasto que surja del llenado de formularios.

Exclusiones de Beneficios suplementarios obligatorios de servicios dentales
Las exclusiones dentales incluyen, **entre otras cosas,** lo siguiente:

- Los dentistas de la red han aceptado proveer servicios a tarifas contratadas (el cuadro de tarifas dentro de la red o INFS, por sus siglas en inglés). Si un afiliado visita a un dentista participante de la red, el afiliado no recibirá una factura por cargos superiores a los del cuadro de tarifas negociadas por los servicios cubiertos (el pago de coseguro continúa siendo aplicable).
- Los servicios recibidos de un dentista fuera de la red no son beneficios cubiertos.
- Gastos incurridos mientras es elegible para cualquier ley o decreto de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, independientemente de si haya solicitado o no la cobertura.
- Servicios que cumplan con los siguientes requisitos:
  - Sean gratis o que no debería pagarlos si no tuviera este seguro, a menos que se reciban cargos de parte del gobierno estadounidense que sean reembolsables al gobierno o a cualquiera de sus agencias, según lo requiera la ley.
  - Sean proporcionados o pagaderos por cualquier plan o ley a través de cualquier subdivisión gubernamental o política (no incluye Medicare ni Medicaid).
  - Sean proporcionados por cualquier hospital, institución o agencia que pertenezca al gobierno estadounidense o que este dirija para cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
- Cualquier gasto que surja del llenado de formularios.
- Si no asiste a una cita con el dentista.
- Cualquier servicio que consideremos odontología estética, a menos que sea necesario como resultado de una lesión accidental sufrida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos los siguientes procedimientos, entre otros, como servicios odontológicos estéticos:
  - Revestimiento de coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los soportes) posteriores al segundo bicúspide;
  - Cualquier servicio para corregir una malformación congénita;
  - Cualquier servicio cuyo principal objetivo sea mejorar la apariencia;
  - Caracterizaciones y la personalización de los dispositivos protésicos; o
  - Cualquier procedimiento para cambiar el espaciado o la forma de los dientes;
- Cargos por:
  - Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluidas coronas o el dispositivo protésico adherido a la corona;
  - Aditamentos de precisión o semiprecisión;
  - Otros aditamentos personalizados;
  - Servicios dentales temporales o provisionales;

  - Cargos adicionales relacionados con los materiales o el equipo utilizado en la prestación del cuidado dental;
  - La extracción de cualquier implante, a menos que sea un servicio cubierto.
- Cualquier servicio relacionado con lo siguiente:
  - Alteración de la dimensión vertical de los dientes.
  - Restauración o mantenimiento de la oclusión.
  - Ferulización de dientes, incluidos múltiples soportes, o cualquier servicio para estabilizar un diente periodontalmente debilitado.
  - Reemplazo de estructuras dentales perdidas como resultado de abrasión, atrición, erosión o abfracción.
  - Registro de mordida o análisis de mordida.
  - Injerto óseo en una o varias zonas para las que la documentación no respalda una restauración futura.
- Control de una infección, por ejemplo, técnicas de esterilización.
- Cargos por tratamiento llevado a cabo por alguien que no sea un dentista, excepto para raspado, limpieza dental y aplicación tópica de flúor, los cuales puede realizarlos un higienista dental con licencia. El tratamiento se debe realizar bajo la supervisión del dentista, de acuerdo con las normas odontológicas generalmente aceptadas.
- Cualquier hospital, centro quirúrgico o de tratamiento, o los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
- Medicamentos recetados o premedicación, ya sean dispensados o recetados.
- Cualquier servicio que no está mencionado específicamente en la información sobre la cobertura.
- Cualquier servicio que no es elegible para los beneficios basado en una revisión clínica; no ofrece un pronóstico favorable; no cuenta con respaldo profesional uniforme; o cuyos fines son de naturaleza experimental o de investigación.
- Servicios de ortodoncia.
- Servicios de corona de anclaje cuando la cobertura de puente no está incluida en el beneficio.
- Cualquier gasto en que se haya incurrido antes de su fecha de vigencia o después de la fecha en la que finaliza este beneficio suplementario.
- Servicios provistos por alguien que vive normalmente con usted o que es miembro de su familia.
- Cargos que exceden el límite de reembolso para el servicio.
- Tratamiento derivado de cualquier lesión o enfermedad corporal autoinfligida de forma intencional.
- Anestesia local, irrigación, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio/moldes de diagnóstico, planes de tratamiento, ajustes oclusales (superficies de mordedura o trituración de dientes molares y bicúspide) o preparación de tejidos asociada con el molde o la colocación de una restauración cuando se cobre como un servicio aparte. Estos servicios se consideran parte integral del servicio dental completo.
- Cuando se deniegan los servicios principales, también se deniegan todos los servicios asociados a ellos.
- Cualquier prueba, radiografía intraoperatoria, laboratorio, retiro de postes existentes, material de empaste, obturadores Thermafil y cualquier otro cuidado de seguimiento se considera parte integral de la terapia de conducto radicular. Un cargo por separado por estos servicios no se considera un gasto cubierto.
- Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
- Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema en la articulación de la mandíbula, incluida cualquier disfunción de la articulación temporomandibular, disfunción craneomandibular, craneomaxilar u otras afecciones de la articulación que une los huesos de la mandíbula con el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales que se usan en las funciones de expresión y masticación, para síntomas que incluyen, entre otros, dolores de cabeza.
- Los beneficios de cirugía oral en virtud de este plan no incluyen:
  - Ningún servicio de cirugía ortognática;
  - Ningún servicio de destrucción de lesiones por ningún método;
  - Ningún servicio de trasplante dental;
  - Ningún servicio de extracción de un cuerpo extraño en el tejido o huesos de la cavidad oral;

  - Ningún servicio para la reconstrucción de defectos quirúrgicos, traumáticos o congénitos de los huesos faciales;
  - Ningún cargo separado por cuidado pre y posoperatorio.
- La anestesia general o la sedación consciente no son servicios cubiertos, a menos que se basen en una revisión clínica de documentación proporcionada y administrada por un dentista o profesional de cuidado de la salud en conjunto con procedimientos quirúrgicos orales cubiertos, procedimientos quirúrgicos periodontales y óseos o procedimientos quirúrgicos perirradiculares para servicios cubiertos.
- No se cubre anestesia general o sedación consciente administradas debido a los siguientes motivos, entre otros:
  - Control del dolor a menos que se proporcione una alergia documentada a la anestesia local;
  - Ansiedad;
  - Miedo al dolor;
  - Manejo del dolor;
  - Incapacidad emocional para someterse a cirugía.
- Programas de control preventivo que incluyen, entre otros, instrucciones para higiene oral, control de sarro, artículos para llevar a la casa, medicamentos recetados y planificación alimenticia.
- El reemplazo de cualquier restauración, prótesis o aparato principal duplicado, perdido, robado, dañado o extraviado.
- Cualquier prueba de susceptibilidad a las caries, análisis de laboratorio, muestras de saliva, cultivos anaeróbicos, pruebas de sensibilidad o cargos por procedimientos patológicos orales.
- Los cargos separados por cuidado pre y postoperatorio y reevaluación dentro de los 12 meses no se consideran servicios cubiertos en virtud de los servicios periodontales quirúrgicos de este plan.
- No cubrimos servicios que, por lo general, se consideran servicios médicos, excepto aquellos específicamente indicados como cubiertos en la Información de cobertura.

Exclusiones de Beneficios suplementarios obligatorios de servicios para la audición
Las exclusiones de servicios para la audición incluyen, **entre otras cosas**, lo siguiente:
- Cualquier cargo por exámenes, pruebas, evaluaciones o cualquiera de los servicios por encima de los máximos indicados.
- Cualquier gasto que esté cubierto por Medicare o por cualquier otro programa del gobierno o plan de seguro, o por el cual usted no esté legalmente obligado a pagar.
- Servicios provistos por autorización o consulta médica.
- Cualquier tarifa por readaptación por audífonos dañados o perdidos.
- Cualquier cargo por servicios prestados por un proveedor de audífonos que no pertenece a la red. Los proveedores de audífonos dentro de la red se reservan el derecho de brindar servicio únicamente para dispositivos comprados de proveedores dentro de la red.
- Audífonos y consultas con el proveedor para brindar servicios de audífonos (excepto los descritos específicamente en los Beneficios cubiertos), moldes auriculares, accesorios para audífonos, cargos por devolución, cargos por reclamación de garantía y baterías para audífonos (más allá del límite cubierto).

Exclusiones de Beneficios suplementarios obligatorios de servicios para la vista
Las exclusiones de servicios para la vista incluyen, **entre otras cosas,** lo siguiente:

- Cualquier beneficio recibido de un proveedor de servicios ópticos que no pertenece a la red.
- Readaptación o cambio en el diseño de los lentes después de la adaptación inicial.
- Cualquier gasto que surja del llenado de formularios.
- Cualquier servicio no especificado en su beneficio complementario, incluidos los impuestos locales, estatales o federales, que deben ser pagados en su totalidad por la persona asegurada al proveedor.
- Terapia ortóptica o entrenamiento de la vista.
- Dispositivos para la vista subnormal y exámenes relacionados.
- Lentes aniseicónicas.

- Lentes para deportistas o industriales.
- Cualquier servicio que consideremos estético.
- Cualquier gasto en que se haya incurrido antes de su fecha de vigencia o después de la fecha en la que finaliza este beneficio suplementario.
- Servicios provistos por alguien que vive normalmente con usted o que es miembro de su familia.
- Cargos que exceden la cantidad del subsidio para el servicio.
- Tratamiento derivado de cualquier lesión o enfermedad corporal autoinfligida de forma intencional.
- Lentes planas.
- Tratamiento médico o quirúrgico del ojo, los ojos o las estructuras de soporte.
- Gafas de sol no recetadas.
- Dos pares de anteojos en lugar de lentes bifocales.
- Servicios o materiales provistos por cualquier otro plan de beneficios grupales que proporcione cuidado para la vista.
- Tratamiento correctivo de la vista con fines de naturaleza experimental.
- Soluciones o productos de limpieza para anteojos o lentes de contacto.
- Artículos no recetados.
- Costos relacionados con la obtención de materiales.
- Servicios pre y posoperatorios.
- Ortoqueratología.
- Mantenimiento rutinario de los materiales.
- Lentes pintados artísticamente.
- Gastos incurridos mientras califica para cualquier programa de compensación laboral o ley o decreto de enfermedad ocupacional, independientemente de si haya solicitado o no la cobertura.
- Servicios que cumplan con los siguientes requisitos:
  - Sean gratis o que no debería pagarlos si no tuviera este seguro, a menos que se reciban cargos de parte del gobierno estadounidense que sean reembolsables al gobierno o a cualquiera de sus agencias, según lo requiera la ley.
  - Sean proporcionados o pagaderos por cualquier plan o ley a través de cualquier subdivisión gubernamental o política (no incluye Medicare ni Medicaid).
  - Sean proporcionados por cualquier hospital, institución o agencia que pertenezca al gobierno estadounidense o que este dirija para cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
- Cualquier pérdida causada o empeorada por la guerra o un acto bélico, ya sea declarado o no, por un acto de conflicto armado internacional, o por un conflicto que involucre a las fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
- Si no asiste a una cita.
- Cualquier hospital, centro quirúrgico o de tratamiento, o los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
- Medicamentos recetados o premedicación, ya sean dispensados o recetados.
- Cualquier servicio que determinemos que no es necesario según criterio oftalmológico; no ofrece un pronóstico favorable; no cuenta con respaldo profesional uniforme; o cuyos fines son de naturaleza experimental o de investigación.
- Reemplazo de lentes o monturas de anteojos proporcionados por este beneficio suplementario que se hayan roto o perdido, a menos que estén disponibles de otro modo conforme al beneficio suplementario.
- Cualquier examen o material requerido por un empleador como condición de empleo o de protección ocular.
- Tratamiento de una patología.

El plan no cubrirá los servicios excluidos enumerados anteriormente. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, no se cubren los servicios excluidos.

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

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

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

Nuestro plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que usted siga estas normas:

- Un proveedor (un médico, un dentista, u otro profesional que receta) debe extenderle una receta que sea válida según las leyes estatales aplicables.
- El profesional que receta no debe figurar en las listas de exclusión o caducidad de Medicare.
- Generalmente, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su medicamento recetado. (Consulte la Sección 2) o puede surtir su medicamento recetado a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar incluido en la Guía de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada por razones médicas. Una "indicación aceptada por razones médicas" es el uso de un medicamento que está o bien aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o bien respaldado por determinadas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación aceptada por razones médicas).
- Es posible que su medicamento necesite aprobación de nuestro plan en función de ciertos requisitos antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 en este capítulo para obtener más información).

SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados se cubren *solo* si se surten en las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la Sección 2.4 para obtener información sobre cuándo cubriremos los medicamentos recetados que se surten en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene contrato con nuestro plan para proveerle sus medicamentos cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" hace referencia a todos los medicamentos de la Parte D en la Guía de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Buscar una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, acceda a su *Directorio de proveedores*, visite nuestro sitio web (**CarePlusHealthPlans.com/FindCare**), y/o llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Algunas farmacias de la red ofrecen costos compartidos preferidos, que pueden ser menores que los costos compartidos en una farmacia que ofrece costos compartidos estándares. En el *Directorio de proveedores* encontrará información sobre qué farmacias de la red ofrecen costos compartidos preferidos. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo sus gastos de desembolso personal podrían variar para diferentes medicamentos.

Si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que utiliza abandona la red de nuestro plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia de la red. Si la farmacia que utiliza se mantiene en nuestra red, pero ya no ofrece costos compartidos preferidos, usted puede cambiar a otra farmacia preferida o dentro de la red diferente, si la hay. Para buscar otra farmacia en su área, visite nuestro sitio web en **CarePlusHealthPlans.com/FindCare**. También puede obtener ayuda de Servicios para afiliados llamando al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o utilizar el *Directorio de proveedores*.

Farmacias especializadas

Algunos medicamentos recetados se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que proporcionan medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que proporcionan medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Generalmente, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene problemas para obtener sus medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que atienden al Servicio de salud para indígenas, el Programa de salud tribal o el Programa urbano de salud para indígenas (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los indígenas nativos estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Las farmacias que administran medicamentos que la FDA restringe a determinados lugares, o que requieren manipulación especial, coordinación con el proveedor o asesoramiento sobre su utilización. Para ubicar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de proveedores* (**CarePlusHealthPlans.com/FindCare**) o llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro plan. Generalmente, los medicamentos que se proveen a través de pedido por correo son medicamentos que usted toma con regularidad para una afección médica crónica o de largo plazo. Estos medicamentos están marcados como **medicamentos de pedido por correo** en nuestra Guía de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan permite que usted solicite **un suministro de hasta 100 días**.

Tenemos farmacias de pedido por correo en nuestra red que ofrecen costos compartidos estándares y farmacias de pedido por correo que ofrecen costos compartidos preferidos. Puede usar cualquiera, pero su porción del costo generalmente será menor con una farmacia de pedido por correo que ofrece costos compartidos preferidos. Si usa una farmacia de pedido por correo que no está en la red del plan, su medicamento recetado no será cubierto.

Para obtener formularios de pedido y la información sobre cómo surtir sus medicamentos recetados por correo, póngase en contacto con Servicios para afiliados.

Generalmente, usted recibirá un pedido de una farmacia de pedido por correo en un plazo no mayor a 10 días hábiles desde que se reciben sus recetas. Cuando piense usar una farmacia de pedido por correo, es una buena precaución pedirle al médico que escriba dos recetas para los medicamentos: una la enviará para pedirlos por correo, y otra la puede surtir en persona en una farmacia dentro de la red si su pedido por correo no llega a tiempo. De esa manera, no tendrá un período sin medicamento si su pedido por correo se demora. Si tiene problemas para surtir sus recetas en una farmacia dentro de la red mientras espera por el pedido por correo, por favor contacte al consultorio de su profesional que receta.

Nuevas recetas que la farmacia obtiene directamente del consultorio de su médico.
La farmacia surtirá y entregará automáticamente nuevas recetas que obtenga de los proveedores de cuidado de la salud, sin consultar con usted primero, si:

- Ha usado los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- Usted se inscribe para la entrega automática de los medicamentos de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de cuidado de la salud. Usted puede pedir la entrega automática de todos los medicamentos recetados nuevos en cualquier momento llamando a Servicios para afiliados.

Si obtiene un medicamento recetado de forma automática por correo que usted no quiere, y por el que no se le contactó para consultarle si lo quería antes de ser enviado, es posible que usted sea elegible para un reembolso.

Si ha utilizado el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia le surta y envíe cada nuevo medicamento recetado automáticamente, contáctenos llamando a Servicios para afiliados.

Si usted nunca utilizó nuestro servicio de entrega de pedidos por correo y/o decide no continuar con el surtido automático de nuevos medicamentos recetados, la farmacia lo contactará cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de cuidado de la salud para ver si desea que el medicamento sea surtido y enviado inmediatamente. Es importante responder cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarle si debe enviar, demorar o cancelar la nueva receta.

Para optar por no recibir envíos automáticos de los medicamentos de las nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de la salud, contáctenos llamando a Servicios para afiliados.

Repeticiones de medicamentos recetados de pedido por correo.
Para las repeticiones de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa automático de repetición de recetas. Según este programa, comenzamos a procesar su próxima repetición de receta automáticamente cuando nuestros registros indiquen que debe estar cerca de quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada repetición de receta para asegurarse de que necesita más medicamentos, y puede cancelar las repeticiones programadas si tiene suficiente medicamento o su medicamento ha cambiado.

Si decide no utilizar nuestro programa de repetición automática pero aún desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su medicamento recetado, comuníquese con su farmacia 14 días hábiles antes de que se le termine su receta actual. Esto garantizará que su pedido se envíe a tiempo.

Para excluirse de nuestro programa que prepara automáticamente repeticiones de recetas por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si recibe automáticamente por correo una repetición de receta que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando usted recibe un suministro de medicamentos a largo plazo, sus costos compartidos pueden ser inferiores. Nuestro plan ofrece 2 formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro prolongado) de medicamentos de mantenimiento en la Guía de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma con regularidad para una afección médica crónica o de largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de proveedores* (**CarePlusHealthPlans.com/FindCare**) le informa las farmacias de nuestra red que pueden proveerle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

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

Por lo general, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir medicamentos recetados como afiliado de nuestro plan. **Consulte primero a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para saber si hay una farmacia de la red cercana.

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

- **Si necesita un medicamento recetado debido a una emergencia médica**

  – Cubriremos medicamentos recetados que se surtan en farmacias fuera de la red (hasta un suministro de 30 días) si los medicamentos están relacionados con el cuidado de una emergencia médica. En esta situación, usted tendrá que pagar el costo total (en lugar de solo pagar su copago o coseguro) cuando surta el medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde enviándonos un formulario de reclamación de medicamentos recetados, ubicado en **CarePlusHealthPlans.com/Resources**. Si usted va a una farmacia fuera de la red, usted podría ser responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por un medicamento recetado surtido en una farmacia dentro de la red y lo que le cobró por su medicamento recetado la farmacia fuera de la red. (El Capítulo 7, Sección 2 le explica cómo debe solicitar al plan el reembolso).

- **Si necesita cobertura mientras viaja fuera del área de servicio de nuestro plan**
  - Si usted regularmente toma un medicamento recetado y se va de viaje, asegúrese de revisar su suministro del medicamento antes de viajar. En lo posible, lleve toda la cantidad del medicamento que necesite. Es posible que pueda hacer un pedido de sus medicamentos recetados de antemano a través de nuestro servicio de pedido por correo, o a través de una farmacia minorista de la red que ofrezca suministros prolongados. Si usted está viajando fuera del área de servicio de nuestro plan, pero dentro de los EE.UU. y sus territorios y se enferma, o se le acaban sus medicamentos recetados, llame a Servicios para afiliados para encontrar una farmacia de la red en su área donde pueda surtir su medicamento recetado. Si no hay disponible una farmacia de la red, cubriremos los medicamentos recetados que usted surta en una farmacia fuera de la red (hasta un suministro de 30 días) si usted sigue todas las demás reglas de la cobertura identificadas en este documento. En esta situación, usted tendrá que pagar el costo total (en lugar de solo pagar su copago o coseguro) cuando surta el medicamento recetado.
  - **Si el medicamento recetado está cubierto, se cubrirá a una tarifa por fuera de la red.** Usted podría ser responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por un medicamento recetado surtido en una farmacia dentro de la red y lo que le cobró por su medicamento recetado la farmacia fuera de la red. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde enviándonos un formulario de reclamación en papel. (El Capítulo 7, Sección 2 le explica cómo debe solicitar al plan el reembolso).
  - **Sin embargo, tenga en cuenta que la sucesión de varios casos de reclamaciones de farmacias fuera de la red que no sean de emergencia resultará en reclamaciones rechazadas. Además, no podemos pagar por medicamentos robados o por medicamentos recetados que se surtan en farmacias fuera de los Estados Unidos y sus territorios, incluso si se trata de una emergencia médica, como, por ejemplo, en un crucero cuando se encuentre fuera de los Estados Unidos.**

Hay otras ocasiones en que sus medicamentos recetados pueden ser cubiertos al ser surtidos en farmacias fuera de la red.

Estas situaciones se cubrirán a una tarifa por fuera de la red. En estas situaciones, usted tendrá que pagar el costo total (en lugar de solo pagar su copago o coseguro) cuando surta su medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde enviándonos un formulario de reclamación en papel. Si usted va a una farmacia o proveedor fuera de la red, usted podría ser responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por un medicamento recetado surtido en una farmacia dentro de la red y lo que le cobró por su medicamento recetado la farmacia fuera de la red. (El Capítulo 7, Sección 2 le explica cómo debe solicitar al plan el reembolso). Cubriremos su medicamento recetado surtido en una farmacia fuera de la red, si al menos una de las siguientes opciones aplica:

- No puede obtener un medicamento cubierto que necesita de inmediato debido a que no hay farmacias de la red abiertas dentro de una distancia razonable para conducir.
- Su receta es para un medicamento de especialidad que las farmacias dentro de la red generalmente no tienen en existencia.
- Era elegible para Medicaid al momento en que recibió el medicamento recetado incluso si aún no estaba inscrito. Esto se conoce como inscripción retroactiva.
- Fue evacuado de su casa debido a una emergencia de salud pública, estatal o federal y no tiene acceso a una farmacia dentro de la red.

- Si usted recibe un medicamento recetado cubierto de una farmacia institucional mientras se encuentra como paciente en la sala de emergencias, clínica de un proveedor, clínica de cirugía ambulatoria u otro centro ambulatorio.

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar la totalidad del costo (en lugar de la parte habitual que le corresponde del costo) al momento de surtir su medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. (Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo debe solicitar el reembolso a nuestro plan). Es 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 de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la Guía de medicamentos de nuestro plan

Sección 3.1 La Guía de medicamentos le informa los medicamentos de la Parte D que están cubiertos

Nuestro plan tiene una *Guía de medicamentos recetados* (formulario). En esta *Evidencia de cobertura,* **se llama Guía de medicamentos.**

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

Por lo general, cubrimos un medicamento de la Guía de medicamentos de nuestro plan siempre que usted cumpla con las demás normas de cobertura que se explican en este capítulo y que el medicamento se use para una indicación aceptada por razones médicas. Una indicación aceptada por razones médicas es el uso de un medicamento que está *o bien*:

- Aprobado por la FDA para el diagnóstico o afección para la que fue recetado, o bien
- Respaldado por determinadas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Micromedex DRUGDEX Information System.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado vendido con un nombre con marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos. En la Guía de medicamentos, cuando hablamos de medicamentos, esto podría significar un medicamento o producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y biosimilares son igualmente efectivos que el medicamento de marca o producto biológico original y con frecuencia su costo es inferior. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas de biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin la necesidad de una nueva receta, como los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para ver las definiciones de los tipos de medicamento que pueden estar en la Guía de medicamentos.

Medicamentos de venta sin receta

Nuestro plan también cubre determinados medicamentos de venta sin receta. Algunos medicamentos de venta sin receta son menos costosos que los medicamentos recetados e igualmente efectivos. Para obtener más información, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Medicamentos no incluidos en la Guía de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan Medicare cubra determinados tipos de medicamentos. (Si desea más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la Guía de medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda recibir un medicamento que no está en la Guía de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 Cinco (5) niveles de costos compartidos para los medicamentos en la Guía de medicamentos

Cada medicamento en la Guía de medicamentos de nuestro plan está en uno de los Cinco (5) niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel, más alto será el costo de su medicamento:

- **Nivel 1 de costos compartidos – Genéricos preferidos:** medicamentos genéricos o de marca que están disponibles a los costos compartidos más bajos para este plan.
- **Nivel 2 de costos compartidos – Genéricos:** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo superior al costo de los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1.
- **Nivel 3 de costos compartidos – De marca preferidos:** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo inferior al costo de los medicamentos no preferidos del Nivel 4.
- **Nivel 4 de costos compartidos – Medicamentos no preferidos:** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo superior al costo de los medicamentos de marca preferidos del Nivel 3.
- **Nivel 5 de costos compartidos – Nivel de especialidad:** algunos medicamentos inyectables y otros de alto costo.

Para saber en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, búsquelo en la Guía de medicamentos de nuestro plan. La cantidad que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costos compartidos se muestra en el Capítulo 6.

Sección 3.3 Cómo verificar si un medicamento específico está incluido en la Guía de medicamentos

Para verificar si un medicamento está incluido en nuestra Guía de medicamentos, tiene estas opciones:

- Consulte la Guía de medicamentos más reciente que le proporcionamos por medios electrónicos. (La Guía de medicamentos incluye información sobre los medicamentos cubiertos utilizados más habitualmente por

nuestros afiliados. Cubrimos medicamentos adicionales que no se incluyeron en la Guía de medicamentos. Si alguno de sus medicamentos no está listado, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para verificar si está cubierto por el plan).

- Visite el sitio web de nuestro plan (**CarePlusHealthPlans.com/DrugGuide**). La Guía de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para verificar si un medicamento en particular está incluido en la Guía de medicamentos de nuestro plan o para solicitar una copia de la lista.
- Use la "Herramienta de beneficios en tiempo real" de nuestro plan (**CarePlusHealthPlans.com/MyPlan**) para buscar medicamentos en la Guía de medicamentos para obtener un estimado de lo que usted pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Guía de Medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Algunas normas especiales restringen cómo y cuándo nuestro plan cubre determinados medicamentos recetados. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Para verificar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Guía de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de costo inferior es médicamente tan efectivo como un medicamento de costo superior, las normas de nuestro plan están diseñadas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de costo inferior.

Tenga en cuenta que algunas veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Guía de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de cuidado de la salud, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg; uno por día en comparación con 2 por día; comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor debe tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre lo que usted o su proveedor pueden hacer para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea estar exento de la restricción, debe utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que realicemos una excepción.** Podemos aceptar o no la exención de la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtención de la aprobación previa del plan

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor debe obtener la aprobación de nuestro plan en función de requisitos específicos antes de que aceptemos cubrir su medicamento. Esto se llama **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos

medicamentos. Si no obtiene dicha aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por nuestro plan. Para obtener los criterios de aprobación previa de nuestro plan, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite nuestro sitio web **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.

Primero pruebe un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero, por lo general, igualmente efectivos, antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si un Medicamento A y un Medicamento B tratan la misma afección médica, nuestro plan puede exigirle que primero pruebe el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona en su caso, nuestro plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar en primer lugar un medicamento diferente se denomina **terapia por fases**. Para obtener los requisitos de la terapia por fases de nuestro plan, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite nuestro sitio web **CarePlusHealthPlans.com/PAL**.

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede obtener cada vez que surte su medicamento recetado. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro que tome solo una píldora por día de determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía

Hay situaciones en las cuales un medicamento recetado que usted toma, o que usted y su proveedor consideran que debería tomar, no se encuentra en nuestra Guía de medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O podría cubrirse una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales en la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costos compartidos que lo hace más costoso de lo que cree que debería estar.

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que lo hace más costoso de lo que cree que debería estar, consulte la Sección 5.1 para saber lo que puede hacer.

Si su medicamento no está en la Guía de medicamentos o está restringido, tiene estas opciones:

- Es posible que pueda recibir un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedir que nuestro plan cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda recibir un suministro temporal

En determinadas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya toma. Este suministro temporal le da más tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Guía de medicamentos de nuestro plan O debe estar restringido ahora de alguna manera**.

- **Si usted es un afiliado nuevo**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros ***90 días*** de su afiliación a nuestro plan.
- **Si estuvo en nuestro plan el año anterior**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros ***90 días*** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su medicamento está recetado por menos días, permitiremos múltiples surtidos para proveerle hasta un máximo de 30 días de suministro del medicamento. El medicamento recetado se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de cuidado a largo plazo puede proveer el medicamento en cantidades menores por vez para evitar malgasto).
- **Para los afiliados que han permanecido en nuestro plan durante más de 90 días y viven en un centro de cuidado a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento particular, o menos si el medicamento está recetado por menos días. Esto es adicional al suministro temporal anterior.
- **Suministro de transición para afiliados actuales con cambios en el lugar de tratamiento:** Si el lugar donde recibe tratamiento cambia durante el año del plan, puede necesitar un suministro a corto plazo de sus medicamentos durante la transición. Por ejemplo:
  - Le dan de alta de un hospital o centro de enfermería especializada (donde sus pagos de la Parte A de Medicare incluyen costos de medicamentos) y necesita un medicamento recetado de una farmacia para continuar tomando el medicamento en su casa (usando el beneficio del plan de la Parte D); o
  - Usted se transfiere de un centro de enfermería especializada a otro.

Si cambia de lugar de tratamiento y necesita surtir un medicamento recetado en una farmacia, cubriremos un suministro de hasta 31 días de un medicamento cubierto por la Parte D de Medicare, para que no se interrumpa su tratamiento con el medicamento.

Si usted cambia de lugar de tratamiento varias veces durante el mismo mes, posiblemente deba solicitar una excepción o una autorización previa para la cobertura ininterrumpida de su medicamento.

Políticas para el suministro temporal de medicamentos durante el período de transición

Consideramos los primeros 90 días del año del plan del 2027 un período de transición si es un afiliado nuevo, cambió de planes o hubo cambios en su cobertura para medicamentos. Como se describió antes, existen varias maneras en las que podemos asegurarnos de que obtenga un suministro temporal de sus medicamentos, si fuera necesario, durante el período de transición.

Durante los primeros 90 días, puede obtener un suministro temporal si tiene una receta actual para un medicamento que no se encuentra en nuestra Guía de medicamentos, o requiere autorización previa debido a restricciones. Las condiciones para obtener un suministro temporal se describen a continuación.

<u>Suministro de transición por única vez en una farmacia minorista o de pedido por correo</u>

Cubriremos un suministro de hasta 30 días de un medicamento cubierto por la Parte D de Medicare. Mientras tenga su suministro temporal, hable con su médico sobre qué debe hacer después de haber usado el suministro temporal. Es posible que pueda cambiar a un medicamento cubierto que sea igualmente efectivo para usted.

Usted y su médico pueden solicitar una excepción si piensa que es necesario continuar con el mismo medicamento por razones médicas.

Suministro de transición si se encuentra en un Centro de cuidado a largo plazo

Cubriremos un suministro de hasta 31 días de un medicamento cubierto por la Parte D de Medicare. Esta cobertura está disponible en cualquier momento durante el período de transición de 90 días, siempre que su medicamento recetado actual se surta en una farmacia en un centro de cuidado a largo plazo.

Si tiene problemas para obtener un medicamento recetado más adelante en el año del plan (después del período de transición de 90 días), cubriremos un suministro de emergencia de hasta 31 días de un medicamento cubierto por la Parte D de Medicare. El suministro de emergencia le permitirá continuar con su tratamiento con el medicamento mientras que usted y su médico solicitan una excepción o autorización previa para continuar.

Extensión del período de transición

Si solicitó una excepción o presentó una apelación por la cobertura de un medicamento, puede que sea posible extender el período de transición temporal mientras procesamos su solicitud. Si piensa que debemos extender el período de transición para asegurarse de recibir los medicamentos según los necesite, llame a Servicios para afiliados (los números de teléfono están impresos en la contraportada interior de este documento).

Costos de los suministros temporales

Su copago o coseguro por el suministro temporal de un medicamento se basará en los niveles de costos compartidos de medicamentos aprobados de nuestro plan. Si recibe Ayuda Adicional en 2027, su copago o coseguro no excederá su cantidad del Subsidio por ingresos limitados.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Durante el tiempo en que use un suministro temporal de un medicamento, debería hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar por otro medicamento

Hable con su proveedor acerca de si un medicamento diferente cubierto por nuestro plan podría ser igualmente de efectivo para usted. Llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la forma en que usted lo desearía. Si su proveedor manifiesta que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede solicitar a nuestro plan que cubra un medicamento, aunque no esté incluido en la Guía de medicamentos de nuestro plan. O puede solicitar a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un afiliado actual y un medicamento que toma se retirará del formulario o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le avisaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Usted puede solicitar una excepción antes del próximo año y le proveeremos una respuesta dentro de las 72 horas después de obtener su

solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura para el medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para saber lo que debe hacer. Le explica los procedimientos y las fechas límite establecidas por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de forma ágil y justa.

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que cree que es demasiado alto

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que cree que es demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que cree que es demasiado alto, hable con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costos compartidos inferior que podría ser igualmente efectivo para usted. Llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de costos compartidos del medicamento para que pague menos por él. Si su proveedor manifiesta que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para saber lo que debe hacer. Le explica los procedimientos y las fechas límite establecidas por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de forma ágil y justa.

Los medicamentos en nuestro Nivel 5 de costos compartidos - Nivel de especialidad no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos la cantidad de costos compartidos para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra Guía de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos se produce al comienzo de cada año (1 de enero). No obstante, durante el año, nuestro plan puede realizar algunos cambios a la Guía de medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría:

- **Añadir o quitar medicamentos de la Guía de medicamentos**
- **Cambiar medicamentos a un nivel superior o inferior de costos compartidos**
- **Añadir o quitar una restricción a la cobertura de un medicamento**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento**

- **Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Guía de medicamentos de nuestro plan.

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se hacen cambios a la Guía de Medicamentos, publicamos en nuestro sitio web información sobre dichos cambios. También actualizamos nuestra Guía de medicamentos en línea de forma periódica. A veces le avisaremos directamente a usted si se hicieron cambios en un medicamento que toma.

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

- **Añadir nuevos medicamentos a la Guía de medicamentos y eliminarlos inmediatamente o hacer cambios a un medicamento similar en la Guía de medicamentos.**
  - Al añadir una nueva versión de un medicamento a la Guía de medicamentos, podemos retirar inmediatamente un medicamento similar de la Guía de medicamentos, trasladar el medicamento similar a un nivel de costos compartidos diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones.
  - Haremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos nuevas versiones biosimilares determinadas de un producto biológico original que ya estaba en la Guía de medicamentos.
  - Es posible que hagamos estos cambios inmediatamente y se lo informemos después, incluso si usted usa el medicamento que eliminamos o que tiene cambios. Si usa el medicamento similar en el momento que hacemos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos hecho.
- **Añadir medicamentos a la Guía de medicamentos y eliminarlos o hacer cambios a un medicamento similar en la Guía de medicamentos.**
  - Al añadir otra versión de un medicamento a la Guía de medicamentos, podríamos eliminar un medicamento similar de la Guía de medicamentos, trasladarlo a un nivel de costos compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones.
  - Haremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos nuevas versiones biosimilares determinadas de un producto biológico original que ya estaba en la Guía de medicamentos.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Guía de medicamentos que se retiran del mercado.**
  - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o sacarse del mercado por otro motivo. En este caso, podríamos retirar de inmediato el medicamento de la Guía de medicamentos. Si usted utiliza ese medicamento, le informaremos una vez que hayamos realizado el cambio.
- **Hacer otros cambios en los medicamentos de la Guía de medicamentos.**

- Una vez iniciado el año, podemos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que esté usando. Por ejemplo, podríamos hacer cambios basados en advertencias de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

- Le informaremos al menos 30 días antes de que hagamos estos cambios o bien le informaremos sobre el cambio y le proveeremos un surtido adicional para 30 días del medicamento que está tomando.

Si hacemos cambios a cualquier medicamento que toma, hable con el profesional que receta sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, lo que incluye cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o pedir una decisión de cobertura para respetar cualquier restricción nueva para el medicamento que toma. Usted o el profesional que receta pueden solicitarnos una excepción para que continuemos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Si desea información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podemos hacer ciertos cambios en la Guía de medicamentos que no están descritos más arriba. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio. Sin embargo, es probable que estos cambios le afecten 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:

- Cambiamos el medicamento a un nivel superior de costos compartidos.
- Imponemos una nueva restricción para el uso de su medicamento.
- Quitamos su medicamento de la Guía de medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios para un medicamento que toma (excepto por el retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio expresado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como la parte que le corresponde del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos directamente sobre estos tipos de cambios durante el año actual del plan. Deberá consultar la Guía de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que toma que le afecte durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

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

A continuación, se detallan 3 normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por las Partes A o B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir los usos *no prescritos* de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Micromedex DRUGDEX Information System. El uso *no prescrito* es cualquier uso del medicamento distinto a los usos indicados en el prospecto del medicamento según la aprobación de la FDA.

Además, según lo exige la ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se listan a continuación a través de la cobertura para medicamentos mejorada, por la que puede tener costos compartidos.)

- Medicamentos no recetados (también llamados medicamentos de venta sin receta)
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y los preparados de flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante requiere que se adquieran las pruebas asociadas o servicios de monitoreo solo del fabricante como condición de venta

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados (cobertura de medicamentos mejorada) que por lo general no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

- Medicamentos para la disfunción eréctil
- Vitaminas recetadas

Estos medicamentos y sus ediciones de control de utilización, si las hay, se enumeran en la Guía de medicamentos. La cantidad que usted paga no se tiene en cuenta para ser elegible para la Etapa de cobertura catastrófica. (La Etapa de cobertura catastrófica se describe en el Capítulo 6, Sección 6).

Si recibe **Ayuda adicional de Medicare** para pagar sus medicamentos recetados, Ayuda adicional no pagará los medicamentos que, por lo general, no están cubiertos. (Consulte la Guía de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. Si tiene cobertura para medicamentos a través de Medicaid, es posible que el programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos recetados que habitualmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con el programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura para medicamentos podría estar disponible para usted. (Encuentre los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Anexo A al final de este documento).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su medicamento recetado, proporcione la información de afiliación a nuestro plan (que puede encontrar en su tarjeta de afiliación) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará automáticamente a nuestro plan *nuestra* parte del costo de sus medicamentos. Usted debe pagar a la farmacia *su* parte del costo al recoger su medicamento recetado.

Si no lleva con usted la información de la afiliación a nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información o usted puede solicitar a la farmacia que busque su información de afiliación de nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar la totalidad del costo del medicamento recetado cuando lo recoja**. Posteriormente puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso a nuestro plan.

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

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

Si es admitido en un hospital o un centro de enfermería especializada en una estadía cubierta por nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente en un centro de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)

Por lo general, un centro de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que proporciona medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede recibir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la que el centro utilice, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores* (**CarePlusHealthPlans.com/FindCare**) para verificar si la farmacia de su centro de LTC o la que utiliza forma parte de nuestra red. En caso contrario, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si se encuentra en un centro de LTC, debemos garantizar que usted pueda recibir rutinariamente sus beneficios de la parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si usted es residente de un LTC y necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Guía de medicamentos o está restringido de alguna manera, consulte la Sección 5 para obtener información sobre recibir un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si además tiene cobertura para medicamentos de un plan grupal de su empleador o de jubilados

Si tiene otra cobertura para medicamentos a través de un plan grupal de su empleador (o el de su cónyuge o pareja doméstica) o de jubilados, póngase en contacto con **el administrador de beneficios de dicho grupo**. Le puede ayudar a entender cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura grupal para empleados o jubilados, la cobertura para medicamentos que obtendrá de nosotros será *secundaria* a la cobertura del plan grupal. Eso significa que la cobertura grupal paga en primer lugar.

Nota especial sobre la cobertura válida:

Cada año el plan grupal de su empleador o de jubilados debe enviarle una notificación que le informe si su cobertura para medicamentos para el año calendario siguiente es válida.

Si la cobertura de su plan grupal es válida, significa que su plan tiene cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura estándar para medicamentos de Medicare.

Conserve toda notificación sobre la cobertura válida, ya que es posible que necesite estas notificaciones más adelante para demostrar que mantuvo la cobertura válida. Si no recibió una notificación de la cobertura válida, pida una copia del administrador de beneficios de su plan del empleador o jubilados, o del empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si usted está en un hospicio certificado por Medicare

Ni el hospicio ni nuestro plan cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos para las náuseas, el dolor o la ansiedad o laxantes) que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni con las afecciones relacionadas, nuestro plan debe obtener la notificación, ya sea del profesional que recete o del proveedor del hospicio, de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale al hospicio o al profesional que receta que le notifiquen antes de surtir su medicamento recetado.

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

SECCIÓN 10 Programas para la seguridad y la administración de medicamentos

Llevamos a cabo revisiones del uso de medicamentos para ayudar a garantizar que nuestros afiliados reciban un cuidado médico seguro y adecuado.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte un medicamento recetado. Además, realizamos una revisión de nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones buscamos problemas potenciales, tales como:

- Posibles errores de medicamento.

- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios dado que ya toma otro medicamento similar para tratar la misma afección.
- Medicamentos que posiblemente no sean seguros o adecuados debido a su edad o sexo.
- Determinadas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si se toman al mismo tiempo.
- Recetas de medicamentos que contienen ingredientes a los cuales usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma.
- Cantidades no seguras de medicamentos analgésicos opiáceos.

Si observamos un posible problema en su uso de medicamentos, lo analizaremos junto con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.1 Programa de administración de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los afiliados a utilizar medicamentos opiáceos de manera segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los afiliados utilicen con seguridad los opioides recetados y otros medicamentos frecuentemente en uso indebido. Este programa se denomina un Programa de administración de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés). Si usa medicamentos opiáceos que obtiene a través de varios profesionales que los recetan o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podríamos hablar con los profesionales que le recetan para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos es adecuado y necesario por razones médicas. En colaboración con los profesionales que recetan, si decidimos que su uso de medicamentos recetados opiáceos o benzodiacepinas podría ser no seguro, es posible que limitemos la manera en la que puede obtener esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que surta todas las recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas en determinada(s) farmacia(s).
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas a través de un determinado profesional que receta.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo obtiene estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le notificará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si tendrá que obtener las recetas para estos medicamentos de un profesional que receta o farmacia en específico. Tendrá la oportunidad de decirnos qué profesionales que recetan o farmacias prefiere usar, y proporcionarnos cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o la limitación, usted y el profesional que receta tendrán derecho a apelar. Si solicita una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si continuamos rechazando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

No formará parte de nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o enfermedad de células falciformes, si está recibiendo cuidado de hospicio, paliativo o de final de vida, o si vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Sección 10.2 Administración de la terapia con medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés) y otros programas para ayudar a los afiliados a administrar medicamentos

Tenemos programas que pueden ayudar a nuestros afiliados con necesidades de salud complejas. Hay un programa conocido como el Programa de administración de la terapia con medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para ayudarnos a garantizar que nuestros afiliados obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos afiliados que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de costos de medicamentos, o están en un DMP para ayudarlos a usar opioides de manera segura, podrían obtener servicios a través de un programa de MTM. Si usted reúne los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar de sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta sin receta. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma, y cuándo y por qué los toma. Además, los afiliados del programa MTM obtendrán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y lista de medicamentos. Lleve su resumen a la consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud. Mantenga actualizada su lista de medicamentos y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) por si va al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

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

Si usted está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información en esta *Evidencia de cobertura* acerca de los costos de medicamentos recetados de la Parte D posiblemente no le corresponde a usted**. Le enviamos la información por separado llamada *Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados* (también denominada *Cláusula del Subsidio por ingresos limitados* o *Cláusula LIS*, por sus siglas en inglés), que le informa sobre su cobertura para medicamentos. Si no tiene esta información, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la *Cláusula LIS*.

En este capítulo utilizamos el término "medicamento" para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos están incluidos en los medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por las Partes A o B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley. Además, nuestro plan podría cubrir algunos medicamentos excluidos.

Para entender la información sobre pagos, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus medicamentos recetados y qué normas debe seguir al recibir sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5, se explican estas normas. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" de nuestro plan para buscar la cobertura de medicamentos (**CarePlusHealthPlans.com/MyPlan**), el costo que ve muestra una estimación de los gastos de desembolso personal que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de gastos de desembolso personal que puede pagar por los medicamentos cubiertos

Existen 3 diferentes tipos de gastos de desembolso personal para los medicamentos cubiertos de la Parte D. Se le puede pedir que pague lo siguiente:

- **Deducible** es la cantidad que usted paga por los medicamentos que reciba antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que nos corresponde.
- **Copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte un medicamento recetado.
- **Coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte un medicamento recetado.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de desembolso personal

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como gastos de desembolso personal. Estas son las normas que debemos seguir para llevar un registro de sus gastos de desembolso personal.

Estos pagos <u>están incluidos</u> en sus gastos de desembolso personal

Sus gastos de desembolso personal **incluyen** los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D, y que haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos explicadas en el Capítulo 5):

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de deducible
  - La Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como afiliado de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por un amigo o familiar
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante la Ayuda adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, y la mayoría de las organizaciones de beneficencia.

Paso a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o las personas que pagan en su nombre) haya gastado un total de **$2,400** de gastos de desembolso personal en un año calendario, pasa de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos <u>no están incluidos</u> en sus gastos de desembolso personal

Sus gastos de desembolso personal **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Los medicamentos que recibe en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos recetados y vacunas cubiertos por las Partes A o B.
- Los pagos que usted realiza para medicamentos cubiertos dentro de nuestra cobertura adicional pero que habitualmente no están cubiertos por un Plan de medicamentos de Medicare.
- Los pagos que usted realiza para medicamentos que habitualmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos de Medicare.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por algunos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de salud de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés).

- Los pagos de sus medicamentos realizados por otras personas con una obligación legal de pagar los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, un Programa de compensación de los trabajadores).
- Pagos realizados por fabricantes de los medicamentos según el Programa de descuentos para fabricantes.

Recuerde: si alguna otra organización, como las que se mencionaron antes paga parte de o todos los gastos de desembolso personal por medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Lleve un registro del total de sus gastos de desembolso personal

- El resumen *SmartSummary®* que usted obtiene incluye el total actual de sus gastos de desembolso personal. Cuando esta cantidad alcanza un total de **$2,400**, el informe *SmartSummary®* le indicará que usted dejó la Etapa de cobertura inicial y pasó a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria**. Consulte la Sección 3.1 para aprender lo que puede hacer para ayudar a asegurarnos de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los afiliados de CareOne Plus (HMO)

Existen **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura para medicamentos de CareOne Plus (HMO). La cantidad que usted paga para cada medicamento recetado depende de la etapa en la que se encuentra en el momento de surtir un medicamento recetado o una repetición del medicamento recetado. Los detalles de cada etapa se encuentran explicados en este capítulo. Las etapas son:

- **Etapa 1: Etapa de deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura catastrófica**

SECCIÓN 3 Su resumen *SmartSummary®* explica en qué etapa del pago se encuentra

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que realiza al obtener las recetas en la farmacia. De esta forma, le podemos informar cuándo pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Registramos 2 tipos de costos:

- **Gastos de desembolso personal**: esto es cuánto ha pagado usted. Esto incluye lo que pagó cuando obtiene un medicamento cubierto por la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos y cualquier pago por sus medicamentos realizado por la Ayuda adicional de planes de salud de

Medicare, de un empleador o sindicato, el Servicio de salud para indígenas, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, y organizaciones de beneficencia.

- **Costos totales de medicamentos**: este es el total de todos los pagos realizados para sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Incluye lo que nuestro plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.

Si surtió uno o más medicamentos recetados a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos un resumen *SmartSummary*. El *SmartSummary* incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe le provee los detalles de pagos de los medicamentos recetados que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que pagaron usted y otras personas en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto indica el costo total de los medicamentos y el total de pagos por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información de precios de medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento e información sobre cambios en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de medicamentos recetados de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas de menor costo disponibles.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con un costo compartido más bajo para cada reclamación de medicamentos recetados, si corresponde.

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

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que usted realiza por sus medicamentos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de afiliado cada vez que surta un medicamento recetado.** Esto ayuda a asegurarnos de que sepamos acerca de los medicamentos recetados que surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** Hay momentos en que usted puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus gastos de desembolso personal. Para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de desembolso personal, envíenos copias de sus recibos. **Estos son algunos ejemplos de cuándo debería enviarnos copias de los recibos para los medicamentos:**
  - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando realice un copago por medicamentos provistos dentro del programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
  - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o cuando pague el precio total por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

– Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan el pago de la parte del costo que nos corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.

- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas realicen por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones determinadas también se tienen en cuenta para los gastos de desembolso personal. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para los medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés), el Servicio de salud para indígenas y las organizaciones de beneficencia se cuentan como gastos de desembolso personal. Mantenga un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos registrar los costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando obtenga el *SmartSummary*, revíselo para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta información, o si tiene preguntas, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

La Etapa de deducible es la primera etapa de pago de su cobertura para medicamentos. 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 la culebrilla, el tétanos y las vacunas para los viajes. Usted pagará un deducible anual de **$700** en medicamentos del Nivel 4 de costos compartidos y Nivel 5 de costos compartidos. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos del Nivel 4 de costos compartidos y Nivel 5 de costos compartidos** hasta que alcance la cantidad del deducible de nuestro plan. Para todos los otros medicamentos, usted no tendrá que pagar ningún deducible. El **costo total** es, por lo general, más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más los cargos por dispensación, en el caso de medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que usted pague **$700** por sus medicamentos del Nivel 4 de costos compartidos y Nivel 5 de costos compartidos, sale de la Etapa de deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

Algunos afiliados del plan pueden recibir Ayuda adicional con los costos de los medicamentos recetados, y, por lo tanto, la Etapa de deducible no les corresponde. Si recibe "Ayuda adicional", la cantidad de su deducible será **$0**. Consulte el folleto por separado (la Cláusula LIS) para obtener información sobre su deducible.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte su medicamento recetado

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga la parte de los costos que le corresponde por sus medicamentos cubiertos, y usted paga la parte que a usted le corresponde (la cantidad de su copago o coseguro). La parte de los costos que le corresponde variará según el medicamento y el lugar donde surte su medicamento recetado.

Nuestro plan tiene Cinco (5) niveles de costos compartidos

Cada medicamento en la Guía de medicamentos de nuestro plan está en uno de los Cinco (5) niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el número del nivel de costos compartidos, más alto será el costo de su medicamento:

- **Nivel 1 de costos compartidos – Genéricos preferidos:** medicamentos genéricos o de marca que están disponibles a los costos compartidos más bajos para este plan.
- **Nivel 2 de costos compartidos – Genéricos:** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo superior al costo de los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1.
- **Nivel 3 de costos compartidos – De marca preferidos:** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo inferior al costo de los medicamentos no preferidos del Nivel 4.
- **Nivel 4 de costos compartidos – Medicamentos no preferidos:** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo superior al costo de los medicamentos de marca preferidos del Nivel 3.
- **Nivel 5 de costos compartidos – Nivel de especialidad:** algunos medicamentos inyectables y otros de alto costo.

Para saber en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, búsquelo en la Guía de medicamentos de nuestro plan. Para ver lo que paga por los medicamentos en la Etapa de cobertura inicial, incluidas las insulinas, consulte la Sección 5.2 a continuación.

Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de dónde lo obtiene:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan. Cubrimos medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4 para averiguar cuándo cubriremos un medicamento recetado surtido en una farmacia fuera de la red
- La farmacia de pedido por correo de nuestro plan

Para más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores* de nuestro plan (**CarePlusHealthPlans.com/Directories**).

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

Durante la Etapa de cobertura inicial, la parte del costo que le corresponde de un medicamento cubierto será un copago o bien un coseguro.

El monto del copago o el coseguro depende del nivel de costos compartidos.

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

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

Nivel	**Costos compartidos minoristas (dentro de la red)** (un suministro de hasta 30 días)	**Costos compartidos estándares de pedido por correo (dentro de la red)** (un suministro de hasta 30 días)	**Costos compartidos preferidos de pedido por correo (dentro de la red)** (un suministro de hasta 30 días)	**Costos compartidos de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (dentro de la red)** (un suministro de hasta 31 días)	***Costos compartidos fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; para más detalles, consulte el Capítulo 5) (un suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de costos compartidos Genéricos preferidos	**$0**	**$10**	**$0**	**$0**	**$0**
Nivel 1 de costos compartidos Insulinas	**$0**	**25% hasta $10**	**$0**	**$0**	**$0**
Nivel 2 de costos compartidos Genéricos	**$0**	**$20**	**$0**	**$0**	**$0**
Nivel 2 de costos compartidos Insulinas	**$0**	**14% hasta $20**	**$0**	**$0**	**$0**
Nivel 3 de costos compartidos De marca preferidos	**15%**	**15%**	**15%**	**15%**	**15%**
Nivel 3 de costos compartidos Insulinas	**15% hasta $35**	**15% hasta $35**	**15% hasta $35**	**15% hasta $35**	**15% hasta $35**
Nivel 4 de costos compartidos Medicamentos no preferidos	**50%**	**50%**	**50%**	**50%**	**50%**
Nivel 4 de costos compartidos Insulinas	**25% hasta $35**	**25% hasta $35**	**25% hasta $35**	**25% hasta $35**	**25% hasta $35**

Nivel	Costos compartidos minoristas (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos estándares de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos preferidos de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (dentro de la red) (un suministro de hasta 31 días)	*Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; para más detalles, consulte el Capítulo 5) (un suministro de hasta 30 días)
Nivel 5 de costos compartidos Nivel de especialidad	**25%**	**25%**	**25%**	**25%**	**25%**
Nivel 5 de costos compartidos Insulinas	**25% hasta $35**	**25% hasta $35**	**25% hasta $35**	**25% hasta $35**	**25% hasta $35**

*Se le podría requerir que pague 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. Para obtener más información sobre cómo utilizar una farmacia que no se encuentra dentro de la red de nuestro plan, consulte el Capítulo 5, sección 2.4.

Es posible que no todos los niveles incluyan la insulina. Consulte su Guía de medicamentos recetados para confirmar la cobertura de insulina.

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

Sección 5.3 Si su médico le receta menos de un suministro de un mes completo, es posible que no tenga que pagar los costos del suministro del mes entero

Por lo general, la cantidad que usted paga por un medicamento cubre un suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que usted tenga menos de un suministro de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También le puede pedir a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, menos de un suministro de un mes completo si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de repetición.

Si obtiene menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos, usted no tendrá que pagar por el suministro de un mes completo.

- Si usted es responsable del coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo paga por el número de días del medicamento que usted obtiene en vez de un mes completo. Calcularemos la cantidad que usted paga por

día por su medicamento (la tarifa diaria de costos compartidos) y la multiplicaremos por el número de días del medicamento que usted obtiene.

Sección 5.4 Sus costos para un suministro a *largo plazo* (de hasta 100 días) de un medicamento cubierto por la Parte D

Para algunos medicamentos, puede recibir un suministro a largo plazo (también conocido como suministro prolongado). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días.

Los medicamentos de especialidad u otros medicamentos que el plan considere no elegibles no reúnen los requisitos para un suministro prolongado. Consulte su *Guía de medicamentos* para saber qué medicamentos están restringidos.

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

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

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

Nivel	Costos compartidos minoristas (dentro de la red) (un suministro de hasta 100 días)	Costos compartidos estándares de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 100 días)	Costos compartidos preferidos de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 100 días)
Nivel 1 de costos compartidos Genéricos preferidos	**$0**	**$30**	**$0**
Nivel 1 de costos compartidos Insulinas	**$0**	**25% hasta $30**	**$0**
Nivel 2 de costos compartidos Genéricos	**$0**	**$60**	**$0**
Nivel 2 de costos compartidos Insulinas	**$0**	**14% hasta $60**	**$0**
Nivel 3 de costos compartidos De marca preferidos	**15%**	**15%**	**13%**
Nivel 3 de costos compartidos Insulinas	**15% hasta $105**	**15% hasta $105**	**13% hasta $105**
Nivel 4 de costos compartidos Medicamentos no preferidos	**50%**	**50%**	**50%**

Nivel	Costos compartidos minoristas (dentro de la red) (un suministro de hasta 100 días)	Costos compartidos estándares de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 100 días)	Costos compartidos preferidos de pedido por correo (dentro de la red) (un suministro de hasta 100 días)
Nivel 4 de costos compartidos Insulinas	**25% hasta $105**	**25% hasta $105**	**25% hasta $105**
Nivel 5 de costos compartidos Nivel de especialidad	Los suministros a largo plazo no están disponibles para medicamentos del Nivel 5.		

Es posible que no todos los niveles incluyan la insulina. Consulte su Guía de medicamentos recetados para confirmar la cobertura de insulina.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de desembolso personal durante el año lleguen a $2,400

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos totales de desembolso personal lleguen a **$2,400**. Luego, pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

Ofrecemos cobertura adicional para ciertos medicamentos recetados que, por lo general, no están cubiertos en un Plan de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos realizados por estos medicamentos no contarán para sus costos totales de gastos de desembolso personal.

El *SmartSummary* que obtiene le ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado usted, nuestro plan, y cualquier tercero en su nombre durante el año. No todos los afiliados alcanzarán el límite de desembolso personal de **$2,400** en un año.

Le informaremos si usted alcanza esta cantidad. Consulte la Sección 1.2 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare sus gastos de desembolso personal.

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura catastrófica

Durante la Etapa de cobertura catastrófica, usted no pagará nada por medicamentos cubiertos por la Parte D. Usted ingresa a la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de desembolso personal alcancen el límite de **$2,400** para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 7 Información acerca de beneficios adicionales

Nuestro plan ofrece los siguientes beneficios adicionales:

- Ciertos medicamentos para la disfunción eréctil están cubiertos con costos compartidos del Nivel 1 según el lugar
- Ciertas vitaminas recetadas están cubiertas con costos compartidos del Nivel 1 según el lugar

Una vez que ingresa a la Etapa de Cobertura Catastrófica, no paga nada por estos medicamentos.

Si tiene alguna pregunta, consulte su Guía de medicamentos para obtener información sobre la cobertura de medicamentos recetados adicionales o llame a Servicios para afiliados. Pueden aplicarse límites de despacho.

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la Guía de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Guía de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

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

- La primera parte es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte es para el costo de **la administración de la vacuna**. (En ocasiones, esto se conoce como la aplicación de la vacuna).

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

1. **Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés).**
   - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por ACIP y no le cuestan nada.
2. **Dónde recibe la vacuna.**
   - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio médico.
3. **Quién le aplica la vacuna.**
   - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia, o un proveedor puede hacerlo en el consultorio médico.

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

- Cuando reciba una vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna y el costo del proveedor para que le administre la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan el reembolso de la parte del costo que nos

corresponde. 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, al recibir una vacuna, usted paga solamente la parte de los costos que le corresponde según el beneficio de la parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.

A continuación, se presentan 3 ejemplos de maneras en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación *1:* Usted compra su vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Puede tener esta alternativa según el lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

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

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

- Al recibir la vacuna, es posible que usted tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para administrarle la vacuna.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan el reembolso de la parte del costo que nos corresponde mediante el uso de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted será reembolsado la cantidad completa que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, a usted se le reembolsará la cantidad que usted pagó menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración) y menos cualquier diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que habitualmente pagamos. (Si obtiene Ayuda adicional, le reembolsaremos esa diferencia).

Situación *3:* Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y la lleva al consultorio del médico donde se la administran.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando el médico le administre la vacuna, es posible que usted tenga que pagar el costo completo de este servicio.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan el reembolso de la parte del costo que nos corresponde mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, a usted se le reembolsará la cantidad completa que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, a usted se le reembolsará la cantidad que usted pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna y menos cualquier diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que habitualmente pagamos. (Si recibe Ayuda adicional le reembolsaremos esa diferencia).

CAPÍTULO 7:
Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago que nos corresponde del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

En ocasiones, cuando recibe cuidado médico o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. En otros casos, puede encontrar que paga más de lo que esperaba de acuerdo con las normas de cobertura de nuestro plan o podría recibir una factura de un proveedor. En cualquiera de los casos, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el pago (le reembolse). Tiene derecho a que el plan le reembolse el dinero cuando haya pagado más de la parte que le corresponde del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya fechas límite que debe cumplir para recibir un reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede suceder que reciba la factura de un proveedor por el costo total del cuidado médico que recibió o por más de su parte del costo compartido. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíe la factura a nosotros en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Usted nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si el proveedor tiene contrato, todavía tiene el derecho al tratamiento.

Ejemplos de situaciones en que posiblemente deba solicitarle a nuestro plan que le reembolse un pago o que pague una factura recibida:

1. **Cuando recibió cuidado médico de emergencia o que se necesitó con urgencia por parte de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan**

   Fuera del área de servicio, puede recibir servicios en casos de emergencia o que necesitan con urgencia por parte de cualquier proveedor, ya sea que pertenezca a nuestra red o no. En estos casos:

   - Usted solo es responsable de pagar la parte del costo que le corresponde para servicios de emergencia o que se necesitan con urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a proveer cuidado de emergencia.
   - Si usted paga la cantidad total al momento de recibir el cuidado médico, solicítenos el reembolso del pago de la parte del costo que nos corresponde. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que realizó.
   - Usted puede recibir una factura del proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya realizó.

- Si se debe dinero al proveedor, le pagaremos directamente a él.
- Si ya pagó más de la parte que le corresponde del costo por el servicio, determinaremos cuánto debía usted y le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan y solo solicitarle a usted la parte del costo que le corresponde. Pero en ocasiones pueden cometer errores y solicitarle que pague más de lo que le corresponde.

- Solo debe pagar su cantidad de costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se llama **facturación de saldo**. Esta protección (que usted nunca paga más que su cantidad de costos compartidos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra el proveedor por un servicio e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red por una cantidad mayor a la que usted cree que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y solucionaremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que le pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de todos los pagos que realizó y solicítenos el reembolso de la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debía según nuestro plan.

3. Si se inscribe de manera retroactiva en nuestro plan

En ocasiones, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Incluso la fecha de inscripción puede haber sucedido el año pasado).

Si se inscribió en nuestro plan de manera retroactiva y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos la parte de los costos que nos corresponde. Deberá enviar documentación como recibos y facturas para que manejemos el reembolso.

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir un medicamento recetado

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando esto suceda, usted tendrá que pagar el costo total del medicamento recetado.

Guarde el recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso de la parte del costo que nos corresponde. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4 para obtener información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no lleva nuestra tarjeta de afiliado del plan

Si no lleva su tarjeta de afiliado de nuestro plan, puede solicitar a la farmacia que llame a nuestro plan o consulte su información de inscripción en nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener la información de

inscripción necesaria en ese momento, posiblemente deba pagar el costo total del medicamento recetado usted mismo.

Guarde el recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso de la parte del costo que nos corresponde. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

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

Es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento recetado porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo en particular.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté incluido en la Guía de medicamentos de nuestro plan o podría tener un requisito o restricción que usted desconocía o no cree que deba aplicarse a su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde el recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso del pago. En algunos casos, es posible que necesitemos que su médico nos proporcione más información para reembolsarle la parte del costo que nos corresponde. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si se debe cubrir el servicio o el medicamento. Esto se denomina tomar una **decisión sobre la cobertura**. Si decidimos que se debe otorgar la cobertura, pagaremos lo que nos corresponda del costo del servicio o del medicamento. Si negamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9, se incluye información sobre cómo realizar una apelación.

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

Puede solicitarnos un reembolso al enviarnos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe la factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para conservarla en sus registros. **Debe enviarnos su reclamación de la Parte C (médica y dental) dentro de los 12 meses** posteriores a la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento de la Parte B. **Debe enviarnos su reclamación de la Parte D (medicamento recetado) dentro de los 36 meses** posteriores a la fecha en que recibió el medicamento.

Si desea asegurarse de darnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez. Los datos que necesitamos para tomar una decisión se detallan a continuación. Como en algunos casos posiblemente necesitemos información adicional para determinar si se debe realizar el reembolso, le pedimos encarecidamente que suministre toda información adicional para respaldar su solicitud.
  - Su nombre e identificación de afiliado de su tarjeta de identificación de CarePlus.
  - Su recibo u otro comprobante de pago.
  - Una declaración detallada del proveedor donde se indiquen los servicios prestados y se incluya la siguiente información. Si no se incluye la información en la declaración detallada del proveedor, deberá ponerse en contacto con él para solicitarla.
    - > Fechas de los servicios proporcionados.

  - > Nombre, dirección, identificador de proveedor nacional (NPI, por sus siglas en inglés) y número de identificación tributaria (TIN, por sus siglas en inglés) del proveedor o suministrador.
  - > Si otro proveedor solicitó el servicio o lo remitió al proveedor que prestó el servicio, se debe incluir el nombre, la dirección, el NPI y el TIN del proveedor solicitante o prestador del servicio.
  - > Descripción de cada servicio o suministro proporcionado y los siguientes códigos de servicio:
    - ~ Códigos de ingresos, si corresponde
    - ~ Códigos CPT y HCPCS correspondientes
  - > Cargo por cada servicio proporcionado.
  - > Descripción de la enfermedad o lesión y los códigos de diagnóstico.
  - > Lugar de tratamiento.
- – Su firma o la de su representante legal.

- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (**CarePlusHealthPlans.com/Resources**) o llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos pagados a esta dirección:

Solicitudes de pago - Servicios médicos
CarePlus Health Plans, Inc
Attention: Direct Member Reimbursement
P.O. Box 14601
Lexington, KY 40512-4601

Solicitudes de pago - Medicamentos de la Parte D
CarePlus Health Plans, Inc.
Attention: Direct Member Reimbursement
P.O. Box 14140
Lexington, KY 40512-4140

Solicitudes de pago - Servicios dentales
Humana Dental for CarePlus
P.O. Box 14611
Lexington, KY 40512-4611

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o no

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

- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento está cubierto y usted cumplió con todas las normas, pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Es posible que la parte del costo que nos corresponde no sea la cantidad total que pagó (por ejemplo, si recibió un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de la parte del costo que nos corresponde. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.

- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento no está cubierto, o usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Le enviaremos una carta explicando los motivos por los cuales no le enviamos el pago y su derecho de apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos el total o parte del cuidado médico o el medicamento, puede realizar una apelación

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con la cantidad que pagamos, puede realizar una apelación. Si realiza una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límite importantes. Para ver los detalles sobre cómo realizar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y su sensibilidad cultural

Sección 1.1 Debemos proveer la información de una manera que a usted le resulte útil y en conformidad con su sensibilidad cultural (en idiomas que no sean inglés, Braille, texto con letras grandes u otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de manera competente desde el punto de vista cultural y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con orígenes culturales y étnicos diversos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, telemáquinas de escribir o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de telemáquina).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder preguntas de afiliados que no hablan inglés. También podemos darle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo en caso de ser necesario. Se nos exige darle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de parte de nosotros de una forma que se ajuste a sus necesidades, llame a Servicios para Afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan debe brindarles a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud femenina dentro de la red para servicios de cuidado de la salud preventivos y de rutina para mujeres.

Si no hay disponibles proveedores de la red de nuestro plan para una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen el cuidado necesario. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la cual no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que usted necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde ir para recibir este servicio al costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja formal ante el Departamento de Servicios para Afiliados de CarePlus Health Plans, Inc. al 800-794-5907, TTY 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, braille, large print, or other alternate formats, etc.)

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan can meet these accessibility requirements include but aren't limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 800-794-5907 (TTY users call 711).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with CarePlus Health Plans, Inc., Member Services Department at 800-794-5907, TTY 711. You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) de la red de nuestro plan que provea y coordine sus servicios cubiertos. Además, tiene derecho a consultar a un especialista en salud femenina (como un ginecólogo) sin necesidad de un referido.

Usted tiene derecho a concertar citas y recibir los servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener oportunamente los servicios de especialistas cuando necesita ese tipo de cuidado. Además, tiene derecho a surtir o recibir una repetición de sus medicamentos recetados en cualquier farmacia de nuestra red sin grandes demoras.

Si considera que no recibe el cuidado médico o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 9 le informa lo que puede hacer.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y la información personal sobre su salud. Protegemos la información personal sobre su salud como lo exigen estas leyes.

- La información personal sobre su salud incluye la información personal que usted nos dio cuando se inscribió en el plan, así como los expedientes médicos y otros datos médicos y sobre su salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de la manera en que se utiliza la información sobre su salud. Le proveemos un aviso por escrito, llamado *Aviso sobre prácticas de privacidad*, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de la información sobre su salud.

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

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea o modifique sus expedientes.
- A excepción de las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información de salud a alguien que no provea ni pague su cuidado, *debemos obtener primero su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya dado el poder legal para tomar decisiones por usted*.
- Existen determinadas excepciones donde no es necesario que primero obtengamos su permiso por escrito. Dichas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
  - Debemos divulgar la información sobre su salud a las agencias del gobierno que controlen la calidad del cuidado.
  - Como usted es afiliado de nuestro plan a través de Medicare, debemos proveerle la información sobre su salud a Medicare, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información con fines de investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales. Por lo general, esto requiere que no se comparta información que le identifique de manera exclusiva.

Usted puede ver la información en sus expedientes y saber cómo se ha compartido con otros

Tiene derecho a examinar su expediente médico que tiene nuestro plan y a obtener una copia. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias. Además, tiene derecho a solicitarnos que agreguemos información o hagamos correcciones a sus expedientes médicos. Si usted lo solicita, lo analizaremos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber de qué manera se divulgó a terceros la información sobre su salud con fines que no sean de rutina.

Si tiene alguna pregunta o duda sobre la privacidad de la información personal sobre su salud, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Aviso sobre prácticas de privacidad de Seguros ACE

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. ANALÍCELO DETENIDAMENTE.

La privacidad de su información personal y de salud es importante. No necesita hacer nada a menos que tenga una solicitud o una queja.
Este Aviso sobre prácticas de privacidad se aplica a todas las entidades que forman parte de Seguros ACE, una entidad afiliada cubierta en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés). ACE es un grupo de entidades cubiertas legalmente separadas que están afiliadas y se han designado a sí mismas como una única entidad cubierta a los fines de la HIPAA. Puede consultar una lista completa de los miembros de ACE en **https://huma.na/insuranceace**.

Podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, según lo permita la ley, incluida la información que hayamos creado o recibido antes de realizar los cambios. Cuando realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y enviaremos a los afiliados de nuestro plan de salud el correspondiente aviso.

¿Qué es la información personal y de salud no pública?
La información personal y de salud no pública incluye tanto información médica como información personal, como su nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social, números de cuenta, información de pago o información demográfica. El término "información" en este aviso incluye cualquier información personal y de salud no pública. Esto incluye información creada o recibida por un proveedor de cuidado de la salud o plan de salud. La información se relaciona con su salud o condición física o mental, el cuidado de la salud que se le ha proporcionado o el pago de dicho cuidado de la salud.

¿Cómo recopilamos información sobre usted?
Recopilamos información sobre usted y su familia cuando usted completa solicitudes y formularios. También recopilamos información de sus transacciones con nosotros, con nuestras afiliadas y con otras personas. Por ejemplo, es posible que recibamos información sobre usted de participantes del sistema del cuidado de la salud, como su médico u hospital, así como de empleadores o administradores de planes, agencias de información de crédito y de l Medical Information Bureau.

¿Qué información recibimos sobre usted?
La información que recibimos puede incluir datos como su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de Seguro Social, historial de pagos de primas y su actividad en nuestro sitio web. Esto también incluye información relacionada con su plan de beneficios médicos, sus beneficios de salud y sus evaluaciones de riesgos de salud.

¿Cómo protegemos su información?
Tenemos la responsabilidad de proteger la privacidad de su información en todos los formatos, incluida la información electrónica y oral. Entre los procedimientos administrativos, técnicos y físicos que tenemos para proteger su información de diversas formas se incluyen:
- Limitamos el número de personas que pueden ver su información.
- Limitamos la forma en que podemos usar o divulgar su información.
- Le informamos a usted acerca de nuestros deberes legales acerca de su información.
- Capacitamos a nuestros empleados con respecto a nuestro programa y procedimientos de privacidad.

¿Cómo usamos y divulgamos su información?
Usamos y divulgamos su información:
- A usted o a cualquier persona que tenga derecho legal de actuar en su nombre.
- A la Secretaría del Departamento de salud y servicios humanos.

Tenemos derecho a usar y divulgar su información:
- A un médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud para que usted pueda recibir cuidado médico.
- Para actividades de pago, incluido el pago de reclamaciones por servicios cubiertos provistos a usted por proveedores de cuidado de la salud, y para pagos de las primas del plan de salud.

- Para actividades operativas de cuidado de la salud, lo que incluye procesar su inscripción, responder a sus preguntas, coordinar su cuidado, mejorar la calidad y determinar las primas.
- Para realizar actividades de evaluación de riesgo. No obstante, no usaremos ningún resultado de exámenes genéticos ni haremos preguntas con respecto a su historia familiar.
- Al patrocinador de su plan, para permitirle desempeñar las funciones de administración del plan, como actividades relacionadas con la elegibilidad, la inscripción y la desafiliación. Podemos compartir, en ciertas situaciones, información de salud resumida sobre usted con el patrocinador de su plan. Por ejemplo, para permitirle al patrocinador de su plan obtener ofertas de otros planes de salud. Su información de salud detallada no se compartirá con el patrocinador de su plan. Le pediremos permiso o el patrocinador de su plan debe certificar que acepta mantener la privacidad de su información.
- Para comunicarnos con usted y brindarle información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud, recordatorios de citas, o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. Si usted optó por no recibir este tipo de información, no nos comunicaremos con usted.
- A sus familiares y amigos si usted no puede comunicarse, como en un caso de emergencia.
- A sus familiares y amigos o a cualquier otra persona que usted identifique. Esto se aplica si la información es directamente pertinente a la participación de dichas personas en su cuidado de la salud o el pago de dicho cuidado. Por ejemplo, si un familiar o cuidador nos llama con conocimiento previo de una reclamación, nosotros podemos confirmar si la reclamación ha sido recibida y pagada.
- Para proveer información de pago al suscriptor para sustentación ante el Servicio de impuestos internos.
- A las agencias de salud pública, si consideramos que existe una grave amenaza para la salud o seguridad.
- A las autoridades pertinentes cuando hay problemas de abuso, negligencia o violencia familiar.
- En respuesta a una orden administrativa o del tribunal, citación, solicitud de revelación u otros procesos legales.
- Con fines de aplicación de la ley, a las autoridades militares y según sea exigido de cualquier otra forma por la ley.
- Para ayuda en tareas de recuperación en caso de desastres.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de salud.
- Para cumplir nuestras obligaciones bajo contrato o en virtud de la ley de compensación de los trabajadores.
- Para evitar una grave e inminente amenaza para su salud o seguridad o para la salud o seguridad de otras personas.
- Con fines de investigación en circunstancias limitadas y siempre que se hayan tomado las medidas apropiadas para proteger su privacidad.
- Para obtención, remisión al banco de órganos o trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A un médico forense, examinador médico o director funerario.

Restricciones adicionales en el uso y la divulgación de tipos de información específicos:
- Algunas leyes federales y estatales pueden restringir el uso y la divulgación de cierta información de salud confidencial, como, por ejemplo: registros de trastornos de consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés) de conformidad con la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés); información biométrica; abuso o negligencia en niños o adultos, incluida la agresión sexual; enfermedades contagiosas; información genética; VIH/SIDA; salud mental; salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual.
- Si recibimos registros sobre los SUD de la Parte 2, no utilizaremos ni divulgaremos dichos registros, ni prestaremos testimonio sobre su contenido, en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra, a menos que dicha divulgación se base en su consentimiento por escrito (independiente de su consentimiento para cualquier otro uso o divulgación) o en una orden judicial, previa notificación y tras haberle concedido la oportunidad de ser oído, tal y como establece la Parte 2. Una orden judicial que autorice el uso o la divulgación de los registros de la Parte 2 sobre los SUD deberá ir acompañada de una citación u otro requisito legal que obligue a la divulgación antes de que se utilice o divulgue el registro solicitado.

¿Usaremos su información para fines no descritos en este aviso?
No usaremos ni divulgaremos su información con ningún otro fin que no esté descrito en este aviso sin su permiso por escrito. Usted puede cancelar su permiso en cualquier momento mediante una notificación por escrito.
Los siguientes usos y divulgaciones requerirán su permiso por escrito:
- La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia y notas de asesoramiento sobre los SUD.
- Los fines de mercadeo.
- La venta de información personal y de salud.
- La información médica que se divulgue, de conformidad con el presente Aviso, a una entidad que no sea una entidad sujeta a la HIPAA ni un socio comercial, podrá ser divulgada por el destinatario y es posible que deje de estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales (como la HIPAA).

¿Qué hacemos con su información cuando usted deja de ser afiliado?
Su información podrá seguirse usando para los fines descritos en este aviso. Esto incluye cuando usted no obtiene cobertura a través de nosotros. Después del período de retención legal requerido, destruimos la información siguiendo estrictos procedimientos para mantener la confidencialidad.

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información?
Tenemos el compromiso de responder a su solicitud sobre sus derechos de manera oportuna:
- Acceso: usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que puede ser usada para tomar decisiones acerca de usted. También puede recibir un resumen de esta información de salud. Tal como lo exigen las leyes aplicables, pondremos esta información personal a su disposición o a disposición de su representante designado.
- Decisión adversa sobre la evaluación de riesgo: si rechazamos su solicitud de seguro, usted tiene derecho a que se le proporcione el motivo de la denegación.
- Comunicación alternativa: para evitar una situación que ponga en riesgo la vida, usted tiene derecho a recibir su información de una manera diferente o en un lugar diferente. Procesaremos su solicitud si es razonable.
- Enmienda: usted tiene derecho a solicitar la corrección de cualquiera de estos datos personales mediante su enmienda o eliminación. En un plazo de 60 días hábiles a partir de la recepción de su solicitud por escrito, le notificaremos nuestra modificación o eliminación de la información en disputa, o nuestra negativa a realizar dicha corrección, después de una investigación adicional.
- Si nos negamos a modificar o eliminar la información en disputa, usted tiene derecho a enviarnos una declaración por escrito de los motivos de su desacuerdo con nuestra evaluación de la información en disputa y lo que usted considera que es la información correcta. Pondremos dicha declaración a disposición de todas las partes que revisen la información en disputa.*
- Divulgación: usted tiene derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales hayamos divulgado su información. Esto no se aplica a tratamientos, pagos, actividades operativas del plan de salud ni otras actividades determinadas. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante un período de seis años. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable basado en los costos.
- Aviso: usted tiene derecho a solicitar y recibir en cualquier momento una copia por escrito de este aviso.
- Restricción: usted tiene derecho a solicitar que se limite el uso o la divulgación de su información. No se nos exige aceptar este límite, pero si lo hacemos, acataremos nuestro acuerdo. Usted también tiene derecho a aceptar o poner término a una limitación previamente presentada.

*Este derecho solo se aplica a nuestros residentes de Massachusetts según las regulaciones estatales.

Si creo que se ha violado mi privacidad, ¿qué debo hacer?
Si cree que se ha violado su privacidad, puede presentarnos una queja llamándonos al: **866-861-2762** en cualquier momento.

También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés). Le suministraremos la dirección regional de la OCR que

corresponda si usted así lo solicita. También puede enviar su queja por correo electrónico a **OCRComplaint@hhs.gov**. Si decide presentar una queja, sus beneficios no se verán afectados y no le aplicaremos ninguna sanción ni tomaremos ninguna represalía.

Respaldamos su derecho a proteger la privacidad de su información personal y de salud.

Nuestras responsabilidades
- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y proporcionarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información excepto según se describe aquí, a menos que usted nos informe por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

¿Cómo ejerzo mis derechos o cómo obtengo una copia de este aviso?
Todos sus derechos de privacidad se pueden ejercer mediante la obtención de los formularios pertinentes. Puede conseguir cualquiera de los formularios al:
- Contactarnos al 866-861-2762
- Ingresar a nuestro sitio web en **CarePlusHealthPlans.com/Privacy** y entrar al enlace de Prácticas de privacidad
- Enviar el formulario de solicitud completado a:
  Humana Inc.
  Privacy Office 003/10911
  101 E. Main Street
  Louisville, KY 40202

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

Como afiliado de CareOne Plus (HMO), tiene derecho a recibir distintos tipos de información de nuestra parte.

Si desea recibir cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero de nuestro plan.

- **Información sobre los proveedores y farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a que le enviemos información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de la red y sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.

- **Información sobre su cobertura y las normas que debe cumplir al utilizarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D.

- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto, o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, lo que también se denomina apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su cuidado

Usted tiene derecho a que los médicos y otros proveedores de cuidado de la salud le provean toda la información. Los proveedores deben explicarle su afección médica y las opciones de tratamiento *de una manera comprensible para usted*.

Además, tiene derecho a participar completamente en las decisiones relacionadas con su cuidado de la salud. Para ayudarlo a tomar decisiones junto con sus médicos sobre qué tratamiento es el mejor para usted, cuenta con los siguientes derechos:

- **Conocer todas las opciones.** Usted tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente del costo o si están cubiertas por nuestro plan. Además, incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.

- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen cualquier riesgo que implique su cuidado. Se le debe comunicar con anticipación si cualquier cuidado de la salud o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la posibilidad de negarse a los tratamientos con fines experimentales.

- **Derecho a decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, aunque su médico le sugiera no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Si se niega al tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, asume la responsabilidad total de lo que le pueda pasar a su cuerpo.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué se debe hacer en caso de que usted no pudiera tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones, las personas quedan imposibilitadas para tomar decisiones acerca del cuidado de su salud, debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a expresar qué desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Completar un formulario por escrito donde le otorgue a **una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su lugar** si en algún momento queda imposibilitado para tomar decisiones por sus propios medios.

- **Dar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo desea que manejen su cuidado médico en caso de quedar imposibilitado para tomar decisiones por sus propios medios.

Los documentos legales que puede utilizar para dar directivas con antelación a estas situaciones se conocen como **instrucciones anticipadas**. Los documentos como un **testamento en vida** y un **poder legal para decisiones acerca del cuidado de la salud** son algunos ejemplos de instrucciones anticipadas.

Cómo establecer una instrucción anticipada para proveer instrucciones:

- **Obtener un formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas a través de su abogado, un trabajador social o en algunas tiendas de suministros para oficinas. En ocasiones, puede obtener formularios para instrucciones anticipadas de organizaciones que proveen a las personas información sobre Medicare. También puede llamar a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar los formularios.
- **Completar el formulario y firmarlo.** Sin importar el lugar donde obtenga este formulario, este constituye un documento legal. Considere recibir la ayuda de un abogado para completarlo.
- **Proveer copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona designada en el formulario, quien podrá tomar decisiones por usted si usted no puede. Si lo desea, puede entregar copias a amigos cercanos y a miembros de su familia. Guarde una copia en su hogar.

Si sabe de antemano que será hospitalizado y firmó una instrucción anticipada, **lleve una copia con usted al hospital**.

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

Completar el formulario de instrucciones anticipadas es su elección (incluso en el caso de que desee firmarlo mientras se encuentra en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle cuidado o discriminarlo por haber firmado o no un formulario de instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma un formulario de instrucciones anticipadas y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones, usted puede presentar una queja ante la Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) de su estado. La información de contacto se puede encontrar en el "Anexo A" en la parte final de este documento.

- **El derecho a formular recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los afiliados de la organización.**

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

En CarePlus, se utiliza un proceso denominado Control de la utilización (UM, por sus siglas en inglés) para determinar si un servicio o tratamiento está cubierto y califica para ser pagado bajo su plan de beneficios. CarePlus no recompensa ni provee incentivos financieros a los médicos, otros individuos o empleados de CarePlus por negar cobertura o alentar menos uso de los servicios. De hecho, CarePlus trabaja con sus médicos y otros proveedores para ayudarle a obtener el cuidado más apropiado para su afección médica. Si tiene preguntas o inquietudes relacionadas con el Control de la utilización, el personal está disponible al menos ocho horas del día durante el horario laborable. CarePlus cuenta con servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para responder las preguntas sobre el Control de la utilización de los afiliados que no hablan inglés. Contacte a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) a fin de obtener las respuestas a estas y otras preguntas que puedan surgirle sobre su plan de beneficios.

CarePlus continuamente toma decisiones sobre la cobertura de nuevos dispositivos y procedimientos médicos. Esto sucede mediante la consulta de literatura médica con revisión de pares y el asesoramiento de expertos médicos para ver si la nueva tecnología es eficaz y segura. CarePlus también se basa en las orientaciones de los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), que a menudo toman decisiones de cobertura a nivel nacional sobre nuevos dispositivos o procedimientos médicos.

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita pedir cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le informa lo que puede hacer. Lo que sea que haga (solicitar una decisión de cobertura, realizar una apelación o presentar una queja), **tenemos la obligación de tratarlo de manera justa**.

Sección 1.7 Si considera que lo tratan injustamente o que no se respetan sus derechos

Si considera que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos a causa de su raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, credo (creencias), edad u origen nacional, llame a la **Oficina de derechos civiles** del Departamento de salud y servicios humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o a su Oficina de derechos civiles local.

Si considera que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos, *y no* se trata de discriminación, puede recibir ayuda para enfrentar el problema que tiene en estos lugares:

- **Llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711**).
- **Llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés) local**. Encontrará los números y las direcciones de los sitios web en el Anexo A en la parte final de este documento.
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicios para afiliados de nuestro plan al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame a su SHIP local**. Encontrará los números y las direcciones de los sitios web en el Anexo A en la parte final de este documento.
- **Comuníquese con Medicare**.
  - Visite es.Medicare.gov para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en: Derechos y Protecciones de Medicare).
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como afiliado de nuestro plan

A continuación, se describe lo que debe hacer como afiliado de nuestro plan. Si tiene preguntas, contacte a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para saber qué servicios están cubiertos y conocer las normas que debe cumplir para obtenerlos.
  - En los Capítulos 3 y 4, se proveen detalles sobre los servicios médicos.
  - En los Capítulos 5 y 6 se proveen detalles sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de la salud o para medicamentos además de nuestro plan, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a los demás proveedores de cuidado médico que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de afiliado de nuestro plan cada vez que recibe cuidado médico o medicamentos de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a que le ayuden, dándoles información, haciendo preguntas y siguiendo hasta el final con su cuidado.**
  - Para ayudar a obtener el mejor cuidado, informe a sus médicos y a otros proveedores de la salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acuerden.
  - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros afiliados respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude para el funcionamiento ordenado del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado del plan, usted es responsable de los pagos siguientes:
  - Debe continuar pagando una prima por su Parte B de Medicare para seguir siendo afiliado de nuestro plan.
  - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar la parte del costo que a usted le corresponde cuando recibe el servicio o el medicamento.
  - Si se le requiere el pago de una multa por afiliación tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos.
  - Si se le requiere pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, usted debe continuar pagando la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo afiliado de nuestro plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, necesitamos que nos lo comunique** para poder mantener actualizado su registro de afiliado y saber cómo contactarle.

- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, usted no puede seguir siendo afiliado de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de jubilación ferroviaria).**

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

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican los 2 tipos de procesos para manejar los problemas y las inquietudes:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas** (también llamadas quejas formales).

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso cuenta con un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos respetar.

La información en este capítulo le ayudará a identificar el proceso adecuado a utilizar y qué hacer.

Sección 1.1 Términos legales

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

Sin embargo, en algunos casos, es importante que conozca los términos legales correctos. Para ayudarle a conocer qué términos utilizar para obtener la ayuda o la información adecuada, incluimos estos términos legales al proveer detalles sobre cómo manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato hacia usted, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Le recomendamos que siempre llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En determinadas situaciones también es posible que desee la ayuda o la orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Estas son dos entidades que pueden ayudarle:

Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés)

Cada estado tiene un programa del gobierno con asesores capacitados. El programa no tiene conexión con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud. Los asesores del programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe utilizar para manejar el problema que tiene. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre qué debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratis. Encontrará números de teléfono y direcciones de sitios web en el Anexo A en la parte posterior de este documento.

Medicare

También puede contactar a Medicare para obtener ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite es.medicare.gov/

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

¿Su inquietud o problema es acerca de sus beneficios o cobertura? Esto incluye problemas relacionados con que el cuidado médico (artículos y servicios médicos y/o los medicamentos de la Parte B) esté cubierto o no, la forma en la que esté cubierto y los problemas relacionados con el pago del cuidado.	
Sí. Consulte la **Sección 4, Guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones**.	**No.** Consulte la **Sección 10**, **Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y apelaciones se encargan de los problemas sobre sus beneficios y cobertura de su cuidado médico (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluidos los pagos). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos y servicios médicos, y medicamentos de Medicare de la Parte B como **cuidado médico**. Podría usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para asuntos tales como si algo está cubierto o no, y cómo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si quiere saber si vamos a cubrir el cuidado médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por su cuidado médico. Por ejemplo, si su médico de la red de nuestro plan le refiere a un especialista médico que no está dentro de la red, este referido se considera una decisión de cobertura favorable al menos que usted o su médico de la red puede mostrar que usted obtuvo una notificación de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de cobertura* hace claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden llamarnos y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un cuidado médico particular o si nos negamos a proporcionar el cuidado médico que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas se desestimará una solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cuando decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir si el cuidado médico no está cubierto o ya no está cubierto para usted. Si usted 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 usted reciba un beneficio, y no está de acuerdo, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y el cambio de una decisión de cobertura que tomamos. Bajo ciertas circunstancias, puede pedir una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación será evaluada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina una apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si cumplimos correctamente con todas las normas. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

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

Si rechazamos una parte de o toda su apelación de Nivel 1 para cuidado médico, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización revisora independiente no conectada con nosotros.

- Usted no necesita hacer nada para comenzar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación para cuidado médico al Nivel 2 si no aceptamos de manera completa su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para el cuidado médico
- Hay más información sobre las apelaciones de la Parte D en la Sección 6.

Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación de Nivel 2, posiblemente pueda pasar a los niveles adicionales de apelación (este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Reciba ayuda al solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

A continuación, presentamos algunos recursos que puede utilizar si decide solicitar alguna decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

- **Obtenga ayuda gratuita** a través de su Programa estatal de asistencia en seguros de salud.
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación después del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696spanish.pdf o en nuestra página web en CarePlusHealthPlans.com/representative).
  - Para cuidado médico o medicamentos de la Parte B, su médico puede pedir una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, esta será enviada automáticamente al Nivel 2.
  - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que receta puede pedir una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es denegada, su médico o el profesional que receta pueden pedir una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que otra persona actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona que actúe como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si desea que un amigo, un familiar, o alguna otra persona sea su representante, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestra página web en CarePlusHealthPlans.com/representative). Este formulario le provee a la persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted quiera que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.
  - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito que le explica su derecho a solicitar que la organización revisora independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar un abogado.** Puede contactar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado a través de la asociación de abogados u otro servicio de referido local. Existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si usted es elegible. Sin embargo, **no está obligado a contratar un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Cada situación tiene sus propias normas y plazos. Proveemos los detalles de cada una de estas situaciones:

- **Sección 5**: Cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6**: Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7**: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que le están dando de alta antes de tiempo

- **Sección 8**: Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando antes de tiempo (*Se aplica solo a los siguientes servicios*: servicios de cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada y en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés))

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener información o ayuda del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés).

SECCIÓN 5 Cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o desea que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde de su cuidado médico

Sus beneficios de cuidado médico se describen en el Capítulo 4, en la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican reglas diferentes para una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos de qué manera las reglas para los medicamentos de la Parte B difieren de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en una de las 5 situaciones siguientes:

1. No recibe determinado cuidado médico que desea, y usted considera que está cubierto por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

2. Nuestro plan no autorizará el cuidado médico que su médico u otro proveedor médico desea proveerle y usted considera que dicho cuidado está cubierto por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

3. Recibió cuidado médico que considera que debe cubrir nuestro plan, pero determinamos que no pagaremos ese cuidado. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

4. Recibió y pagó el cuidado médico que considera que debe cubrir nuestro plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso de ese cuidado. **Enviarnos la factura. Sección 5.5.**

5. Se le notifica que la cobertura de cierto cuidado médico que ha estado recibiendo y que aprobamos con anterioridad, se reducirá o interrumpirá y considera que la reducción o interrupción podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

TENGA EN CUENTA: si la cobertura que se dejará de ofrecer es de servicios de cuidado hospitalario, cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés), consulte las Secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales a estos tipos de cuidado.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura que involucra a su cuidado médico se conoce como **determinación de la organización**.

A la decisión de cobertura rápida se le conoce como **determinación acelerada**.

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

Por lo general, una decisión de cobertura estándar se toma en un plazo de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una decisión de cobertura rápida se toma en un plazo de 72 horas para servicios médicos, o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para recibir una decisión de cobertura rápida debe cumplir con 2 requisitos:

- *Solamente* puede *solicitar* cobertura de artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pagos por artículos y/o servicios que usted ya ha recibido).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de plazos estándar podría ocasionar daños graves en su salud o perjudicar su capacidad de recuperar sus funciones.

Si el médico nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proveerla.

Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le proveamos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Indicará que utilizaremos los plazos estándar.
- Explicará que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proveeremos.
- Indicará que puede presentar una queja rápida acerca de nuestra decisión de proveerle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que pidió.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una decisión de cobertura o decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que le autoricemos o proveamos la cobertura del cuidado médico que desea. Puede hacerlo usted, su médico o su representante. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de cuidado médico y le comunicamos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en los siguientes 7 días calendario después de que recibamos su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a nuestras reglas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que solicitó no está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si su solicitud es

para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos su solicitud.

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pudiera beneficiarle, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos demorarnos más para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no* deberíamos extendernos más días, puede presentar una *queja rápida*. Le daremos una respuesta sobre su queja apenas hayamos tomado la decisión. (El proceso para la presentación de una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida utilizamos los plazos acelerados.

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

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pudiera beneficiarle, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos demorarnos más para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no* deberíamos extendernos más días, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos apenas hayamos tomado la decisión.
- Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total, le enviaremos una explicación detallada por escrito de por qué nos negamos.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de cuidado médico que desea. Si presenta una apelación, esto significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

A una apelación a nuestro plan acerca de una decisión de cobertura de cuidado médico se le conoce como **reconsideración** del plan.

A una apelación rápida también se le conoce como **reconsideración acelerada**.

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

Por lo general, una apelación estándar se realiza en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Por lo general, una apelación rápida se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos acerca de la cobertura de cuidado médico, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su salud requiere una apelación rápida, aceptaremos proveerla.

- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que los necesarios para obtener una decisión de cobertura rápida de la Sección 5.2.

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.

- **Si solicita una apelación rápida, puede presentarla por escrito o puede llamarnos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.

- **Debe presentar su solicitud de apelación en los siguientes 65 días calendario** desde la fecha que aparece en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta acerca de la decisión de cobertura. Si deja pasar la fecha límite y tiene un buen motivo que lo justifique, explique el motivo del atraso en su apelación cuando realice su apelación. Es posible que podamos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenos motivos pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta acerca del plazo para la solicitud de la apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información respecto a su decisión médica. Usted y su médico pueden darnos información adicional que respalde su apelación.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, repasamos minuciosamente toda la información. Comprobamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.

- Si es necesario, recopilaremos más información y nos pondremos en contacto con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

  – Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pudiera beneficiarle, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos demorarnos más si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

  – Si no le comunicamos una respuesta en las siguientes 72 horas (o al finalizar el período de extensión, en caso de extendernos), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde una organización revisora independiente la revisará. La organización revisora independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proveer la cobertura acordada en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** automáticamente reenviaremos su apelación a la organización revisora independiente para una apelación de Nivel 2. La organización revisora independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en los siguientes 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que usted aún no recibió, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su afección médica así lo requiere.
  - Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pudiera beneficiarle, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos demorarnos más para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
  - Si considera que no deberíamos extendernos más días, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas.)
  - Si no le damos una respuesta a más tardar en la fecha límite (o al finalizar el período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 donde una organización revisora independiente revisará la apelación. La organización revisora independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proveer la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si la respuesta de nuestro plan a su apelación es negativa, ya sea de forma parcial o total,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización revisora independiente para una apelación de Nivel 2. La organización revisora independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Sección 5.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización revisora independiente es la **Entidad revisora independiente**. A veces también se le conoce como la **IRE** (por sus siglas en inglés).

La **organización revisora independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** No tiene conexión con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización revisora independiente realiza una revisión de su apelación.

- Le enviaremos la información de su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su **archivo del caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo del caso.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.

- Usted tiene derecho a darle a la organización revisora independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización revisora independiente analizarán minuciosamente toda la información sobre su apelación.

Si se le proveyó una apelación rápida en el Nivel 1, también se le proveerá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida la organización revisora independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en las siguientes 72 horas** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización revisora independiente debe recopilar más información que pudiera beneficiarle, el plazo **puede extenderse hasta 14 días calendario más**. Si se extienden más días, le notificarán por escrito. La organización revisora independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Si se le proveyó una apelación estándar en el Nivel 1, también se le proveerá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización revisora independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** desde el momento en que reciba su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización revisora independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** desde el momento en que reciba su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización revisora independiente debe recopilar más información que pudiera beneficiarle, el plazo **puede extenderse hasta 14 días calendario más**. Si se extienden más días, le notificarán por escrito. La organización revisora independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización revisora independiente le informa su respuesta.

La organización revisora independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la respuesta de la organización revisora independiente a su solicitud de un artículo o servicio médico es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar la cobertura del cuidado médico en un plazo de **72 horas** o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización revisora independiente, en el caso de **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización revisora independiente.
- **Si la respuesta de la organización revisora independiente a una solicitud de un medicamento de la Parte B es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización revisora independiente, en el caso de las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización revisora independiente.
- **Si esta organización rechaza su apelación, ya sea de forma parcial o total,** significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de cuidado médico no debe autorizarse. (Esto se denomina **mantener la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización revisora independiente le enviará una carta que:

- Explica su decisión.
- Le notifica sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del cuidado médico cumple con un determinado mínimo. El aviso escrito que recibe de la organización revisora independiente le informará la cantidad en dólares con la que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
- Le informa cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es evaluada por un Juez de derecho administrativo o procurador. En la Sección 9 se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos solicita que paguemos la parte del costo que nos corresponde de una factura que usted recibió por cuidado médico

En el Capítulo 7 se describen las situaciones en que puede ser necesario solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También se indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

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

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, usted está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, evaluaremos si el cuidado médico por el que usted pagó está cubierto. También verificaremos si usted siguió las normas para el uso de su cobertura de cuidado médico.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si el cuidado médico está cubierto y usted cumplió con las normas, le enviaremos el pago de la parte del costo que nos corresponde, en general, en los siguientes 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no ha pagado el cuidado médico, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si el cuidado médico *no* está cubierto o usted *no* cumplió con todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta informándole que no pagaremos el cuidado médico y los motivos de esta decisión.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Presentar una apelación significa solicitarnos que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para realizar esta apelación, siga el proceso de apelación en la Sección 5.3. Para las apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Tenemos que darle nuestra respuesta en los siguientes 60 días calendario después de recibir su apelación. Si solicita el reembolso del pago por el cuidado médico que ya recibió y pagó usted, no puede solicitar una apelación rápida.

- Si la organización revisora independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en los siguientes 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago que pidió a usted o al proveedor en los siguientes 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada por razones médicas. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información acerca de una indicación aceptada por razones médicas). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, vaya a los Capítulos 5 y 6. **Esta sección solo trata sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente utilizamos el término *medicamento* en el resto de la sección, en lugar de repetir *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D* cada vez que aparece. También utilizamos el término Guía de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le informa que no se puede surtir su receta tal como está escrita, la farmacia le proporcionará un aviso por escrito que le explicará cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Término legal:

Una decisión de cobertura inicial acerca de sus medicamentos de la Parte D se conoce como **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en una de las siguientes situaciones:

- Solicitar la cobertura de un medicamento de la Parte D que no está incluido en la Guía de medicamentos de nuestro plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa, o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar el pago de una cantidad menor de costos compartidos por un medicamento cubierto de un nivel superior de costos compartidos. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**

- Pagar un medicamento recetado que usted ya compró. **Solicite que le enviemos un reembolso. Sección 6.4**

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

En esta sección se indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 Solicitar una excepción

Términos legales:

La solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en la Guía de medicamentos es una **excepción al formulario**.

La solicitud de anulación de una restricción de cobertura de un medicamento es una **excepción al formulario**.

La solicitud de pago de un precio menor por un medicamento cubierto no preferido es una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no se cubre de la forma en que usted desearía que fuera cubierto, puede solicitarnos que realicemos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que receta deberán explicar las razones médicas por las cuales usted necesita la aprobación de la excepción. A continuación, presentamos 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra Guía de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento no incluido en la Guía de medicamentos, deberá pagar la cantidad de costos compartidos que se aplica a los medicamentos en el Nivel 4 de costos compartidos – Medicamentos no preferidos. No puede solicitar una excepción a la cantidad de costo compartido que le requerimos que pague por el medicamento cuando aceptamos cubrir un medicamento no incluido en la Lista de medicamentos.

2. **Anulación de una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos incluidos en nuestra Guía de medicamentos. Si aceptamos realizar una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede solicitar una excepción a la cantidad de costos compartidos que le requerimos que pague por el medicamento.

3. **Cambio de cobertura de un medicamento a un nivel de costos compartidos menor.** Cada medicamento en nuestra Guía de medicamentos está en uno de los Cinco (5) niveles de costos compartidos. En general, mientras más bajo es el número del nivel de costos compartidos, menos paga como la parte del costo que le corresponde del medicamento.

- Si nuestra Guía de medicamentos contiene medicamento(s) alternativo(s) para tratar su afección médica que se encuentra(n) en un nivel de costos compartidos más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido correspondiente al/a los medicamento(s) alternativo(s).
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento a una cantidad de costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contenga productos biológicos alternativos para el tratamiento de su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido correspondiente al nivel más bajo que contenga medicamentos de marca alternativos para el tratamiento de su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido correspondiente al nivel más bajo que contenga medicamentos de marca o genéricos alternativos para el tratamiento de su afección.
- Usted no puede solicitarnos el cambio del nivel de costos compartidos de ningún medicamento en el Nivel 5 de costos compartidos – Nivel de especialidad.
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel de costos compartidos más bajo con medicamentos alternativos que no pueda tomar, usted normalmente paga la cantidad más baja.

Sección 6.3 Información importante que debe conocer acerca de la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que receta deben darnos una justificación que explique los motivos médicos por los cuales solicita una excepción. Para que la decisión sea más rápida, incluya esta información médica del médico o de otro profesional que receta al solicitar una excepción.

Nuestra Guía de medicamentos, en general, incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo resultara tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causa más efectos secundarios u otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos la solicitud de una excepción. Si usted nos solicita una excepción de nivel, en general *no* aprobaremos la solicitud de una excepción a menos que todos los medicamentos alternativos de los niveles inferiores de costos compartidos no funcionen tan bien en su caso o tengan la probabilidad de ocasionar una reacción adversa u otro tipo de perjuicio.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente tiene validez hasta el final del año de nuestro plan. Esto se cumple siempre y cuando el médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento continúe resultando seguro y eficaz en el tratamiento de su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión mediante una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

Una decisión de cobertura rápida se conoce como **determinación de cobertura acelerada**.

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se realizan en un plazo de **72 horas** después de recibir su solicitud. Las **decisiones de cobertura rápida** se realizan en un plazo de **24 horas** después de recibir su solicitud.

Si su salud lo requiere, solicítenos una decisión de cobertura rápida. **Para recibir una decisión de cobertura rápida debe cumplir con 2 requisitos:**

- Debe solicitar un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para el reembolso de un medicamento que ya ha comprado).
- El uso de plazos estándar podría ocasionar daños graves en su salud o perjudicar a su capacidad física.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le proveeremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico u otro profesional que receta, decidiremos si su salud requiere que le proveamos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Indicará que utilizaremos los plazos estándar.
  - Explicará que, si el médico u otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proveeremos.
  - Le informará cómo puede presentar una queja rápida acerca de nuestra decisión de proveerle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que pidió. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas a partir de que la recibamos.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para pedirnos que le autoricemos o proveamos la cobertura del cuidado médico que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS* o en el formulario de nuestro plan, que están disponibles en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para presentar una solicitud de determinación de cobertura en línea, visite: CarePlusHealthPlans.com/RxDecisions. Esta página de nuestro sitio web describe los procesos para solicitar decisiones de cobertura y apelar a nuestras decisiones. También incluye enlaces a Formularios de Solicitud de Determinación de Cobertura descargables e imprimibles, en Inglés y Español, con instrucciones para enviar sus solicitudes por fax y correo. También hay un enlace para enviar su solicitud en línea, si desea enviar su solicitud electrónicamente. Simplemente haga clic en el enlace para completar el formulario en línea y siga las instrucciones en cada página. Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese con Servicios para Afiliados al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de

afiliado. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué medicamento se está pidiendo.

Puede hacerlo usted, su médico (u otro profesional que receta) o su representante. También puede pedir a un abogado que actúe en su nombre. En la Sección 4 se indica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo,** que son las razones médicas de la excepción. Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O bien, su médico u otro profesional que receta pueden informarnos vía telefónica y, si fuera necesario, posteriormente enviar por fax o correo la declaración escrita.

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

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- En general, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 24 horas** después de recibir su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en las siguientes 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización revisora independiente. Le informaremos por escrito si enviamos su solicitud a la organización revisora independiente.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos proveer la cobertura acordada en las siguientes 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos. También le informaremos cómo puede apelar.

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

- Debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en las siguientes 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización revisora independiente. Le informaremos por escrito si enviamos su solicitud a la organización revisora independiente.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos **proveer la cobertura** acordada **en las siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar acerca de un pago por un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en los siguientes 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización revisora independiente. Le informaremos por escrito si enviamos su solicitud a la organización revisora independiente.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total**, también debemos efectuarle el pago en los siguientes 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos. También le informaremos cómo puede apelar.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, esto significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan en relación con la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D también se conoce como una **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida se conoce como **redeterminación acelerada**.

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

Por lo general, una apelación estándar se realiza en un plazo de 7 días calendario. Por lo general, una apelación rápida se realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida

- Si está apelando una decisión que tomamos en relación con un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para una "decisión de cobertura rápida" en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico, u otro profesional que receta deben contactarnos y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al (800-451-4651, TTY: 711).** El Capítulo 2 contiene información de contacto.

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el *Formulario modelo de solicitud de redeterminación de los CMS,* que está disponible en nuestro sitio web **CarePlusHealthPlans.com/RxDecisions**. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.

- **Debe presentar su solicitud de apelación en los siguientes 65 días calendario** desde la fecha que aparece en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta acerca de la decisión de cobertura. Si deja pasar el plazo y tiene un buen motivo que lo justifique, explique el motivo por el que su apelación se atrasa cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenos motivos pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta acerca del plazo para la solicitud de la apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden darnos información adicional que respalde su apelación. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.

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

- Cuando revisamos su apelación, repasamos minuciosamente una vez más toda la información sobre su solicitud de cobertura. Comprobamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que le contactemos a usted, a su médico o a otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

  – Si no le comunicamos una respuesta en las siguientes 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización revisora independiente. Le informaremos por escrito si enviamos su solicitud a la organización revisora independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos proveer la cobertura acordada en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no recibió

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en los siguientes 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su afección médica así lo requiere.

  – Si no le comunicamos una decisión en los siguientes 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización revisora independiente. Le informaremos por escrito si enviamos su solicitud a la organización revisora independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos proveer la cobertura tan pronto como lo requiera su salud y a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar para el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en los siguientes 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización revisora independiente. Le informaremos por escrito si enviamos su solicitud a la organización revisora independiente.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total**, también debemos efectuarle el pago a usted en los siguientes **30 días calendario** después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos. También le informaremos 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, esto significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización revisora independiente es la **Entidad revisora independiente**. A veces también se le conoce como la **IRE (por sus siglas en inglés)**.

La organización revisora independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene conexión con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe contactar a la organización revisora independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** con la Organización revisora independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede realizar esta apelación de Nivel 2, cuáles son los plazos que debe cumplir y cómo contactar a la organización revisora independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en los siguientes 65 días calendario** desde la fecha que aparece en el aviso escrito.
- Si no completamos nuestra revisión en el plazo correspondiente, o si tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación **del riesgo** conforme a nuestro programa de administración de

medicamentos, reenviaremos automáticamente su solicitud a la IRE. Le informaremos por escrito si enviamos su solicitud a la organización revisora independiente.

- Le enviaremos la información de su apelación a la organización revisora independiente. Esta información se conoce como **archivo del caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo del caso.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.
- Usted tiene derecho a darle a la organización revisora independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización revisora independiente realiza una revisión de su apelación.

Los revisores de la organización revisora independiente analizarán minuciosamente toda la información sobre su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida a la organización revisora independiente.
- Si la organización acepta otorgarle una apelación rápida, la organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en las siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización revisora independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en los siguientes 7 días calendario** después de recibir su apelación si corresponde a un medicamento que usted aún no recibió. Si pide que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró, la organización revisora independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en los siguientes 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización revisora independiente le informa su respuesta.

Para las apelaciones rápidas:

- **Si la organización revisora independiente acepta su solicitud, en forma parcial o total**, debemos **proveerle la cobertura del medicamento** aprobada por la organización revisora independiente **en las siguientes 24 horas** después de recibir la decisión de la organización revisora independiente.

Para las apelaciones estándar:

- **Si la organización revisora independiente acepta su solicitud, en forma parcial o total**, debemos **proveerle la cobertura del medicamento** aprobada por la organización revisora independiente **en las siguientes 72 horas** después de recibir la decisión de la organización revisora independiente.
- **Si la organización revisora independiente aprueba, en forma parcial o total, una solicitud de reembolso del pago** de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en los siguientes 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización revisora independiente.

¿Qué sucede si la organización revisora independiente rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, **ya sea de forma parcial o total**, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se denomina **mantener la**

decisión. También se llama **rechazar su apelación**). En este caso, la organización revisora independiente le enviará una carta que:

- Explica su decisión.
- Le notifica sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que usted solicita cumple con un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento solicitada es demasiado bajo, no puede realizar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Le informa 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.

- Existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación).
- Si decide pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es evaluada por un Juez de derecho administrativo o procurador. En la Sección 9 de este capítulo se provee más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que se le está dando de alta antes de tiempo

Cuando se le admite en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted en la preparación para el día en que le den de alta del hospital. Le ayudarán a organizar el cuidado médico que pudiera necesitar después de salir del hospital.

- El día que sale del hospital se le llama su **fecha de alta**.
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, el médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si considera que le están dando de alta antes de tiempo, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos

En un plazo de 2 días calendario luego de ser admitido en el hospital, se le entregará un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un trabajador social o profesional de enfermería), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para afiliados al

800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. **Lea este aviso atentamente y haga preguntas si no lo entiende.** Le informa:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta, según lo indique el médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son los servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización
   - Dónde informar sus inquietudes sobre la calidad del cuidado hospitalario.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si considera que le están dando de alta del hospital antes de tiempo. Esta es una manera formal y legal de solicitar una demora en la fecha de alta, de modo que cubramos su cuidado hospitalario durante más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que entiende cuáles son sus derechos.**
   - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
   - La firma del aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no incluye la fecha de alta. La firma del aviso **no implica** que acepta una fecha de alta.
3. **Conserve su copia** del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud acerca de la calidad del cuidado médico) en caso de necesitarla.
   - Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de la fecha de alta, se le entregará otra copia antes de que se programe el alta.
   - Para ver una copia de este aviso por anticipado, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener un ejemplo del aviso en línea en cms.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Para pedirnos que cubramos los servicios hospitalarios como paciente internado durante un período más prolongado, utilice el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien, llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Los servicios de los asesores de SHIP son gratis.

Encontrará los números de teléfono y las direcciones URL de los sitios web en el Anexo A en la parte posterior de este documento.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Esta verifica si la fecha de alta planificada es adecuada para usted por razones médicas.

La **Organización para el mejoramiento de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud a quienes el gobierno federal les paga por verificar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado médico de las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Contacte a la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*) le informa cómo contactar a esta organización. O busque el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad *antes* de salir del hospital y **a más tardar a la medianoche de la fecha de su alta**.
  - **Si cumple con este plazo**, puede quedarse en el hospital *después* de la fecha de alta *sin tener que pagar*, mientras espera la decisión de parte de la Organización para el mejoramiento de la calidad.
  - **Si no cumple con este plazo**, **comuníquese con nosotros**. Si decide quedarse en el hospital después de la fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar los costos* del cuidado hospitalario recibido después de la fecha de alta planificada.
- Una vez que pida una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el mejoramiento de la calidad se comunicará con nosotros. A más tardar al mediodía del día posterior a nuestra comunicación, le enviaremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso le indica la fecha de alta planificada y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.
- Puede obtener un ejemplo del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien puede obtener un ejemplo del aviso en línea en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para el mejoramiento de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el mejoramiento de la calidad (*los revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo quiere.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les dimos.

- A más tardar al mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá un aviso por escrito de nosotros donde se le proveerá su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de obtener toda la información necesaria, la Organización para el mejoramiento de la calidad le comunicará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es positiva?

- Si la organización revisora independiente *acepta* su apelación, **debemos continuar proveyéndole los servicios hospitalarios cubiertos como paciente internado durante el tiempo que sean necesarios por razones médicas**.
- Usted deberá continuar pagando la parte de los costos que le corresponde (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, es posible que existan limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización revisora independiente *rechaza* su apelación, significa que la fecha de alta planificada es adecuada por razones médicas. Si esto ocurre, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente internado finalizará** al mediodía del día posterior a que la Organización para el mejoramiento de la calidad responda a su apelación.
- Si la organización revisora independiente *rechaza* su apelación y usted decide quedarse en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** del cuidado hospitalario que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para el mejoramiento de la calidad responda a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea realizar otra apelación.

- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad *rechazó* su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede realizar otra apelación. Realizar otra apelación significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelación.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el mejoramiento de la calidad que revise nuevamente la decisión tomada en su primera apelación. Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo completo de su estadía después de la fecha de alta planificada.

Paso 1: Contacte a la Organización para el mejoramiento de la calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en los siguientes 60 días calendario** después del día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si se queda en el hospital después de la fecha en que finalice su cobertura de cuidado médico.

Paso 2: La Organización para el mejoramiento de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad volverán a analizar minuciosamente toda la información sobre su apelación.

Paso 3: En los 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión con relación a su apelación y se la informarán.

Si la organización revisora independiente provee una respuesta positiva:

- **Debemos reembolsarle** la parte de los costos que nos corresponde por el cuidado hospitalario que recibió a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el mejoramiento de la calidad rechazó la primera apelación. **Debemos seguir proveyéndole cobertura de cuidado de hospitalización mientras sea necesario por razones médicas.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización revisora independiente provee una respuesta negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1. Esto se denomina mantener la decisión.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, debe decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es evaluada por un Juez de derecho administrativo o procurador. En la Sección 9 de este capítulo se provee más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando antes de tiempo

Cuando recibe **servicios de cuidado de la salud en el hogar, cuidado de enfermería especializada o cuidado de rehabilitación (en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF, por sus siglas en inglés])** cubiertos, usted tiene derecho a continuar recibiendo sus servicios para ese tipo de cuidado médico durante el tiempo que dicho cuidado sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de interrumpir su cobertura de cualquiera de estos 3 tipos de cuidado médico, debemos informárselo con anticipación. Cuando termine su cobertura para ese cuidado médico, *interrumpiremos el pago de la parte del costo que nos corresponde por su cuidado*.

Si cree que damos por finalizada la cobertura de su cuidado médico demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le informa cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa cómo puede solicitar una **apelación por vía rápida**. Pedir una apelación por vía rápida constituye una manera formal y legal de pedir un cambio en nuestra decisión de cobertura en cuanto al momento de interrumpir su cuidado médico.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su cuidado. El aviso le informa:
   - La fecha en la que interrumpiremos la cobertura de su cuidado médico.
   - Cómo pedir una apelación por vía rápida para pedirnos que continuemos cubriendo su cuidado durante un período más prolongado.
2. **Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso escrito para que quede constancia de que lo ha recibido.** La firma del aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre el momento en que se interrumpirá su cobertura. **Firmarlo no implica que está de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de interrumpir el cuidado médico.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su cuidado médico durante un período más prolongado

Si desea solicitarnos que cubramos su cuidado médico durante un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien, llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Los servicios de los asesores de SHIP son gratis. Encontrará los números de teléfono y las direcciones URL de los sitios web en el Anexo A en la parte posterior de este documento.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su cuidado es adecuada por razones médicas.

La **Organización para el mejoramiento de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos del cuidado de la salud a quienes el gobierno federal les paga por verificar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado médico proporcionado a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan en cuanto al momento en que se interrumpirá la cobertura de ciertos tipos de cuidado médico. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: contacte a la Organización para el mejoramiento de la calidad y solicite una *apelación por vía rápida*. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le informa cómo contactar a esta organización. O busque el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Debe contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad para comenzar su apelación a más tardar **al mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** indicada en la *Notificación de no cobertura de Medicare.*
- Si deja pasar la fecha límite, y quiere presentar una apelación, usted todavía tiene derechos de apelación. Contacte a la Organización para el mejoramiento de la calidad utilizando la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para el mejoramiento de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el mejoramiento de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué considera que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización revisora independiente también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le da nuestro plan.
- Al final del día en el cual los revisores nos informan acerca de su apelación, usted recibirá una *Explicación detallada de no cobertura* por parte de nosotros en la que le explicamos los detalles de nuestros motivos para la terminación de la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de obtener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos continuar proveyéndole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea necesario por razones médicas**.
- Usted deberá continuar pagando la parte de los costos que le corresponde (como deducibles o copagos, si se aplican). Es posible que existan limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **la cobertura terminará en la fecha que le indicamos**.

- Si decide continuar recibiendo servicios de cuidado de la salud en el hogar o cuidado en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha de finalización de su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por ese cuidado médico.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea realizar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo cuidado médico después de la interrupción de la cobertura del cuidado médico, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado médico durante un período más prolongado

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el mejoramiento de la calidad que revise nuevamente la decisión tomada en su primera apelación. Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de los servicios de cuidado de la salud en el hogar, o cuidado en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en que informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Contacte a la Organización para el mejoramiento de la calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en los siguientes 60 días calendario** después del día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo cuidado médico después de la fecha en que finalizó su cobertura de cuidado médico.

Paso 2: La Organización para el mejoramiento de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad volverán a analizar minuciosamente toda la información sobre su apelación.

Paso 3: En los 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión con relación a su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización revisora independiente acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte de los costos que nos corresponde por el cuidado médico que recibió desde la fecha en que informamos que finalizaría la cobertura. **Debemos seguir proporcionándole cobertura** del cuidado médico mientras sea necesario por razones médicas.

- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización revisora independiente rechaza su apelación?

- Significa que está de acuerdo con la decisión sobre la apelación de Nivel 1.

- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Este le proveerá detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, del cual se encarga un Juez de derecho administrativo o procurador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de 5 niveles de apelación. Si desea pasar a la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es evaluada por un Juez de derecho administrativo o procurador. En la Sección 9 se provee más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo presentar la apelación en los Niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, posiblemente pueda pasar a los niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, usted no podrá seguir apelando. En la respuesta escrita que reciba para su apelación de Nivel 2 se explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los primeros 2 niveles. A continuación, se detalla quién está a cargo de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **Juez de derecho administrativo** o procurador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de derecho administrativo o procurador acepta su apelación, el proceso de apelación *puede* o *no* finalizar.** A diferencia de una decisión sobre una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión sobre una apelación 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 proveerle el cuidado médico en los siguientes 60 días calendario después de que recibamos la decisión del Juez de derecho administrativo o procurador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos que correspondan. Podemos aguardar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el cuidado médico en cuestión.
- **Si el Juez de derecho administrativo o procurador rechaza su apelación, el proceso de apelación *puede* o *no* finalizar**.
  - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que recibirá le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelación *puede* o *no* finalizar.** A diferencia de una decisión sobre una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión sobre una apelación de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el cuidado médico en los siguientes 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede* o *no* finalizar.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
  - Si no desea aceptar la decisión, posiblemente pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal del distrito federal** revisará su apelación.

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

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4, y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló cumple con una cierta cantidad de dólares, posiblemente pueda pasar a los niveles de apelación adicionales. Si la cantidad en dólares es inferior, usted no podrá seguir apelando. La respuesta escrita que reciba por su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los primeros 2 niveles. A continuación, se detalla quién está a cargo de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **Juez de derecho administrativo** o procurador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelación habrá finalizado.** Debemos **autorizar o proveerle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Juez de derecho administrativo o procurador **en las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *puede* o *no* finalizar.**

– Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.

– Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que recibirá le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelación habrá finalizado.** Debemos **autorizar o proveerle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Consejo **en las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *puede* o *no* finalizar.**
  – Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
  – Si no desea aceptar la decisión, posiblemente pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o niega su solicitud de revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le informará a quién debe contactar y qué hacer si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal del distrito federal** revisará su apelación.

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

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se atienden en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas sobre la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, se detallan algunos ejemplos de los tipos de problemas que se atienden en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad del cuidado médico	• ¿No está conforme con la calidad del cuidado médico que recibió (incluido el cuidado hospitalario)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?

Queja	Ejemplo
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas	• ¿Alguna persona fue descortés o le faltó al respeto? • ¿No está conforme con nuestros Servicios para afiliados? • ¿Siente que lo incentivan a abandonar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para obtener una cita, o debe esperar demasiado para obtenerla? • ¿Ha tenido que esperar a médicos, farmacéuticos u otros profesionales del cuidado de la salud por demasiado tiempo? ¿O a nuestros Servicios para afiliados o a otro personal de nuestro plan? – Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera, en la sala de exámenes o para obtener una receta.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que recibe de nuestra parte	• ¿No le proporcionamos un aviso requerido? • ¿Es difícil entender nuestra información escrita?
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas son sobre la *puntualidad* de nuestras acciones con respecto a las decisiones de cobertura y apelaciones)	Si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no respondemos lo suficientemente rápido, usted puede presentar una queja debido a la lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Usted nos solicitó una decisión de *cobertura rápida* o una *apelación rápida* y la rechazamos; puede presentar una queja. • Usted considera que no cumplimos con los plazos para una decisión de cobertura o una apelación; puede presentar una queja. • Usted considera que no cumplimos con los plazos para cubrirle o reembolsarle determinados artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Usted considera que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización revisora independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

- Una **queja** también se llama **queja formal**.
- **Presentar una queja** se llama **presentar una queja formal.**
- **Utilizar el proceso de quejas** se llama **utilizar el proceso para presentar una queja formal.**
- Una **queja rápida** se llama **queja formal acelerada**.

Paso 1: Contáctenos de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).** Si debe hacer algo más, Servicios para afiliados le informará.

- **Si no quiere llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla**. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.

- **Instrucciones para presentar quejas formales**
  Llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907, (TTY: 711) para presentar una queja formal verbal.

  Envíe una queja formal por escrito a:
  Quejas acerca del cuidado médico o medicamentos de la Parte D:
  CarePlus Grievances and Appeals Dept.
  P.O. Box 14165
  Lexington, KY 40512-4165

  Quejas acerca de servicios dentales:
  HumanaDental for CarePlus
  P.O. Box 14165
  Lexington, KY 40512-4165

  Cuando presente una queja formal, provea la siguiente información:
  - ☐ Nombre
  - ☐ Dirección
  - ☐ Número de teléfono
  - ☐ Número de identificación de afiliado
  - ☐ Un resumen de la queja y cualquier contacto previo con nosotros en relación con la queja
  - ☐ La acción que nos está solicitando
  - ☐ Su firma o la firma de su representante autorizado y la fecha. Si desea que un amigo, familiar, su médico, otro proveedor o alguna otra persona sea su representante, llame a Servicios para afiliados y pida el formulario *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestra página web en CarePlusHealthPlans.com/representative). El formulario le provee a la persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.
- **Opción de revisión rápida de su queja formal**
  Puede solicitar una revisión rápida y le responderemos en las siguientes 24 horas de haber recibido la solicitud, si su queja formal está relacionada con una de las siguientes circunstancias:
  - Hemos extendido el plazo para hacer una determinación/reconsideraciones de la organización, y usted cree que necesita una decisión más rápida. No podemos demorarnos más para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

  - Negamos su solicitud para una revisión rápida de una decisión de una organización o de cobertura de 72 horas.

  - Negamos su solicitud de una revisión rápida de una apelación de 72 horas.

Lo mejor es llamar a Servicios para afiliados si desea solicitar una revisión rápida de su queja formal. Si envía su solicitud por correo, le llamaremos para informarle que la recibimos.

- **Ya sea que llame o escriba, debe contactarse con Servicios para afiliados de inmediato.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema del cual desea quejarse.

- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que usted tuvo el problema del cual desea quejarse.

Paso 2: Revisamos su queja y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de forma inmediata.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que le demos una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficiará o si usted solicita más tiempo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos extendernos más días, le informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le proveeremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en las siguientes 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con su queja de forma parcial o total, o no asumimos responsabilidad por el problema por el cual presenta la queja, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado médico a la Organización para el mejoramiento de la calidad

Cuando su queja es por la *calidad del cuidado médico*, tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede realizar la queja directamente ante la Organización para el mejoramiento de la calidad.** La Organización para el mejoramiento de la calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en el cuidado de la salud a los que el gobierno federal les paga por verificar y mejorar el cuidado médico proporcionado a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja tanto ante la Organización para el mejoramiento de la calidad como ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informar a Medicare de su queja

Puede presentar una queja acerca de CareOne Plus (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a es.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10: Cómo finalizar la afiliación a nuestro plan

SECCIÓN 1 Finalización de su afiliación a nuestro plan

La terminación de su afiliación a CareOne Plus (HMO) puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Puede abandonar nuestro plan porque decide que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo finalizar su afiliación voluntariamente.
- También existen situaciones limitadas en las cuales nos vemos obligados a terminar su afiliación. La Sección 5 describe las situaciones en que debemos terminar su afiliación.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar proveyéndole el cuidado médico y los medicamentos recetados, y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que termine su afiliación.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su afiliación a nuestro plan?

Sección 2.1 Puede finalizar su afiliación durante el Período de inscripción abierta

Puede finalizar su afiliación en nuestro plan durante el **Período de inscripción abierta** cada año. Durante este período, revise su cobertura de salud y de medicamentos, y decida sobre la cobertura para el año siguiente.

- **El Período de inscripción abierta** se extiende desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**
- **Opte por quedarse con su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de cobertura:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos,
  - Medicare original *con* un plan aparte de medicamentos de Medicare o
  - Medicare original *sin* un plan aparte de medicamentos de Medicare.
    - > Si elige esta opción y recibe Ayuda adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática.

  Tenga en cuenta: si se desafilia de la cobertura para medicamentos de Medicare y permanece sin cobertura válida para medicamentos recetados durante un período de 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por afiliación tardía de la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
- **Su afiliación en nuestro plan terminará** cuando inicie la cobertura del nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede finalizar su afiliación durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año**.**

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y, también para los nuevos beneficiarios de Medicare que se inscriban en un plan MA, desde el mes que entra en vigencia el derecho al uso de la Parte A y la Parte B, hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** usted puede:
  - Cambiar a otro Plan de Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos.
  - Desafiliarse de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare original. Si se cambia a Medicare original durante este período, también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos de Medicare en ese mismo momento.
- **Su afiliación terminará** el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan Medicare Advantage diferente o a la fecha en que recibamos su solicitud de cambio a Medicare original. Si además elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su inscripción en el plan de medicamentos iniciará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos haya recibido su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, puede finalizar su afiliación durante un Período especial de inscripción

En determinadas situaciones, los afiliados de CareOne Plus (HMO) pueden ser elegibles para finalizar su afiliación en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período especial de inscripción**.

Es posible que sea elegible para finalizar su afiliación durante un Período especial de inscripción si alguna de las siguientes situaciones aplica. Estos son solo algunos ejemplos. Para consultar la lista completa, póngase en contacto con nuestro plan, llame a Medicare o visite es.Medicare.gov.

- Generalmente, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir Ayuda adicional para el pago de la cobertura para medicamentos de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si recibe cuidado médico en una institución, como un hogar para personas de la tercera edad o un hospital de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés).
- Si se inscribe en el Programa de cuidado total de salud para personas de la tercera edad (PACE, por sus siglas en inglés).
- **Tenga en cuenta:** si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En el Capítulo 5, Sección 10, se ofrece más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de tiempo de inscripción varían según su situación.

Para determinar si es elegible para un Período especial de inscripción, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su afiliación por una situación especial, puede elegir cambiar tanto la cobertura de salud de Medicare como la cobertura para medicamentos recetados. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos,
- Medicare original *con* un plan aparte de medicamentos de Medicare o
- Medicare original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.

Tenga en cuenta: si se desafilia de la cobertura para medicamentos de Medicare y permanece sin cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por afiliación tardía de la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Por lo general, su afiliación terminará** el primer día del mes siguiente al que recibamos su solicitud de cambio de su plan.
- **Si recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su cobertura para medicamentos:** si cambia a Medicare original y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted rechace la inscripción automática.

Sección 2.4 Cómo obtener más información sobre el momento en que puede finalizar su afiliación

Si tiene preguntas sobre cómo finalizar su afiliación, puede:

- **Llamar a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- Encontrar la información en el manual ***Medicare y usted 2027***
- Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su afiliación a nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede finalizar su afiliación a nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Se debe hacer lo siguiente:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Automáticamente se le desafiliará de CareOne Plus (HMO) cuando inicie la cobertura del nuevo plan.
Medicare original *con* un plan aparte de medicamentos de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Automáticamente se le desafiliará de CareOne Plus (HMO) cuando inicie la cobertura del nuevo plan de medicamentos.
Medicare original *sin* un plan aparte de medicamentos de Medicare	• **Envíenos una solicitud de desafiliación por escrito.** Llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar la desafiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se le desafiliará de CareOne Plus (HMO) cuando inicie la cobertura en Medicare original.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su afiliación, debe continuar recibiendo los artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que termine su afiliación e inicie su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo los servicios y artículos médicos y los medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga utilizando los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.**
- **Siga utilizando las farmacias de nuestra red o de pedido por correo para surtir sus medicamentos recetados.**
- **Si está hospitalizado el día en que termina su afiliación, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den de alta** (incluso si el alta es posterior al inicio de su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 CareOne Plus (HMO) debe terminar su afiliación a su plan en determinadas situaciones

CareOne Plus (HMO) debe terminar su afiliación al plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si usted ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare

- Si se muda fuera de nuestra área de servicio
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
  - Si se muda o realiza un viaje por largo tiempo, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan
- Si es encarcelado (si va a prisión)
- Si usted ya no es ciudadano o nacional estadounidense, ni un extranjero con derecho a ello
- Si provee información falsa u omite información sobre otro seguro que tenga, que le provee cobertura para medicamentos recetados.
- Si nos da información incorrecta de forma intencional al inscribirse en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para ingresar en nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero un permiso de Medicare).
- Si usted constantemente demuestra mal comportamiento y nos dificulta proveer cuidado médico a usted o a otros afiliados de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero un permiso de Medicare).
- Si usted permite a otra persona utilizar su tarjeta de afiliado para obtener cuidado médico. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero un permiso de Medicare).
  - Si terminamos su afiliación por este motivo, Medicare puede disponer que el Inspector General investigue su caso.
- Si se le solicita que pague la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare le desafiliará de nuestro plan y perderá su cobertura para medicamentos.

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos terminar su afiliación, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

CareOne Plus (HMO) no puede solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer en ese caso?

Si considera que le solicitan que abandone el plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su afiliación a nuestro plan

Si terminamos su afiliación a nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos que tenemos para hacerlo. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja o queja formal sobre nuestra decisión de terminar su afiliación.

CAPÍTULO 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

La ley principal que se aplica a esta *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados en el marco de la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, también pueden aplicarse leyes del estado donde usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no se incluyan ni se expliquen en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos a las personas por su raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen 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 de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las otras leyes correspondientes a organizaciones que reciben subsidios federales, y demás leyes y reglamentos que se apliquen por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene dudas acerca de la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para tener acceso al cuidado médico, llame a Servicios para afiliados al 800-794-5907 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para afiliados puede ayudarle.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no sea el pagador primario. Según los reglamentos de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 de 42 CFR, CareOne Plus (HMO), como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría bajo los reglamentos de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección sustituyen a las leyes estatales.

SECCIÓN 4 Aviso adicional sobre la subrogación (recuperación de terceros)

Nuestro derecho a recuperar pagos

Si pagamos una reclamación en su nombre, tenemos derechos de subrogación. Esta es una disposición de seguros muy común que significa que nosotros tenemos el derecho a recuperar la cantidad que pagamos por su reclamación de cualquier tercero que sea responsable de los gastos o beneficios médicos relacionados con su enfermedad, lesión o afección. Usted nos asigna su derecho a emprender acciones legales contra terceros responsables, y usted acepta:

1. Proveer cualquier información pertinente que le solicitemos; y

2. Participar en cualquier fase de la acción legal, como la exhibición de documentos, las declaraciones juradas y el testimonio en juicio, de ser necesario.

Si usted no coopera con nosotros o con nuestros representantes, o si hace cualquier cosa que interfiera con nuestros derechos, podemos emprender acciones legales contra usted. Usted también acepta no asignar a un tercero su derecho a emprender acción legal sin nuestro consentimiento por escrito.

Nuestro derecho a reembolso

También tenemos el derecho a recibir un reembolso si un tercero responsable le paga directamente a usted. Si usted recibe cualquier cantidad como fallo, acuerdo u otro pago de cualquier tercero, deberá reembolsarnos de inmediato, hasta por la cantidad que pagamos por su reclamación.

Nuestros derechos tienen prioridad

Nuestros derechos de reembolso y recuperación tienen prioridad sobre otras reclamaciones y no se verán afectados por ninguna doctrina equitativa. Esto significa que tenemos derecho a recuperar la cantidad que pagamos, incluso si usted no ha recibido compensación del tercero responsable de todos los costos relacionados con su enfermedad o lesión. Si usted no está de acuerdo con nuestros esfuerzos de recuperar el pago, tiene derecho a apelar, según se explica en el Capítulo 9.

No estamos obligados a buscar reembolso ni a emprender acción legal contra un tercero, ni en beneficio propio ni en su nombre. Nuestros derechos bajo la ley de Medicare y esta *Evidencia de cobertura* no se verán afectados por el hecho de que no intervengamos en cualquier acción legal que usted inicie en relación con su lesión, enfermedad o afección.

SECCIÓN 5 Cómo funciona Medicare con otro seguro

¿Por qué necesitamos saber si usted tiene otra cobertura?

Coordinamos los beneficios de acuerdo con las reglas del Pagador secundario de Medicare, las cuales nos permiten facturar o autorizar a un proveedor de servicios a facturar a otras aseguradoras, planes, pólizas, empleadores u otras entidades cuando el otro pagador es responsable de pagar los servicios proporcionados a usted. También estamos autorizados a cobrarle o facturarle a usted por las cantidades que el otro pagador ya le haya pagado por dichos servicios. Tendremos todos los derechos concedidos al programa de Medicare bajo las reglas del Pagador secundario de Medicare.

¿Quién paga primero cuando tiene otra cobertura?

Cuando usted tiene una cobertura adicional, la coordinación de su cobertura depende de su situación. Con la coordinación de los beneficios, con frecuencia recibirá cuidado médico de la manera usual a través de proveedores de nuestro plan, y el otro plan o planes que tenga simplemente ayudarán a pagar el cuidado médico recibido. Si usted tiene una cobertura de salud grupal, puede maximizar los beneficios a su disposición si utiliza proveedores que participan en su plan grupal **y** en nuestro plan. En otras situaciones, como por beneficios que no están cubiertos por nuestro plan, usted puede recibir su cuidado médico fuera de nuestro plan.

Planes de salud grupales de un empleador y de una organización de empleados

Algunas veces, un plan de salud grupal debe proporcionarle beneficios de salud antes de que nosotros le proporcionemos beneficios de salud. Esto sucede si:

- Usted tiene cobertura bajo un plan de salud grupal (incluidos tanto planes de empleadores como de organizaciones de empleados), ya sea directamente o a través de su cónyuge, y
- El empleador tiene veinte (20) o más empleados (según lo determinan las reglas de Medicare), y
- Usted no está cubierto por Medicare debido a discapacidad o Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés).

Si el empleador tiene menos de veinte (20) empleados, por lo general somos nosotros quienes le proporcionaremos sus beneficios primarios de salud. Si usted tiene una cobertura para jubilados bajo un plan de salud grupal, ya sea directamente o a través de su cónyuge, por lo general somos nosotros quienes le proporcionaremos sus beneficios primarios de salud. Se aplican reglas especiales en caso de que usted tenga o desarrolle una ESRD.

Planes de salud grupales de un empleador y de una organización de empleados para personas con discapacidad

Si usted tiene cobertura bajo un plan de salud grupal y tiene Medicare debido a que tiene una discapacidad, por lo general somos nosotros quienes le proporcionaremos sus beneficios primarios de salud. Esto sucede si:

- Usted tiene menos de 65 años, y
- Usted no tiene ESRD, y
- Usted no tiene cobertura directamente ni a través de su cónyuge bajo un plan de salud grupal grande.

Un plan de salud grupal grande es un plan de salud ofrecido por un empleador con 100 o más empleados, o por un empleador que forma parte de un plan de empleadores múltiples donde cualquier empleador participante en el plan tiene 100 o más empleados. Si usted tiene cobertura bajo un plan de salud grupal grande, ya sea directamente o a través de su cónyuge, su plan de salud grupal grande debe proporcionarle los beneficios de salud antes de que nosotros le proporcionemos sus beneficios de salud. Esto sucede si:

- Usted no tiene ESRD, y
- Tiene menos de 65 años y tiene Medicare debido a una discapacidad.

En dichos casos, le proporcionaremos solo aquellos beneficios que no estén cubiertos por el plan grupal de su empleador grande. Se aplican reglas especiales en caso de que usted tenga o desarrolle una ESRD.

Planes de salud grupales de un empleador y de una organización de empleados para personas con Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)

Si usted es o pasa a ser elegible para Medicare debido a una ESRD y tiene cobertura bajo un plan de salud grupal de un empleador o de una organización de empleados, ya sea directamente o a través de su cónyuge, su plan de salud grupal es responsable de proporcionarle sus beneficios primarios de salud durante los primeros treinta (30) meses después de que usted sea elegible para Medicare debido a una ESRD. Nosotros le proporcionaremos cobertura secundaria durante este tiempo, y le proporcionaremos cobertura primaria después de ese período. Si usted ya está en Medicare debido a su edad o a una discapacidad al momento de desarrollar la ESRD, nosotros le proporcionaremos cobertura primaria.

Programa de compensación laboral y similares

Si usted ha sufrido una enfermedad o lesión causada por el trabajo y cuenta con beneficios de compensación laboral, el programa de compensación laboral debe proporcionar primero sus beneficios por cualquier costo de cuidado de la salud relacionado con su enfermedad o lesión laboral antes de que nosotros proporcionemos cualquier beneficio bajo esta *Evidencia de cobertura* por servicios prestados en relación con su enfermedad o lesión laboral.

Accidentes y lesiones

Las reglas del Pagador secundario de Medicare se aplican si usted ha estado en un accidente o ha sufrido una lesión. Si usted tiene a su disposición los beneficios bajo la cobertura de "Med Pay", cobertura contra todo riesgo, de automóvil, de accidente o de responsabilidad, la aseguradora de la cobertura de "Med Pay", cobertura contra todo riesgo, de automóvil, de accidente o de responsabilidad debe proporcionar primero sus beneficios por cualquier costo de cuidado de la salud relacionado con el accidente o lesión antes de que nosotros proporcionemos cualquier beneficio por los servicios relacionados con su accidente o lesión.

Las reclamaciones de responsabilidad de seguro a menudo no son resueltas de inmediato. Podemos realizar pagos condicionales mientras la reclamación de responsabilidad está en trámite. También podemos recibir una reclamación y no saber que una reclamación de responsabilidad o de otro tipo está en trámite. En estas situaciones, nuestros pagos son condicionales. Los pagos condicionales nos deben ser reembolsados cuando reciba el pago del seguro o de responsabilidad.

Si usted recupera gastos médicos de un tercero, nosotros tenemos derecho a recuperar los pagos que hemos hecho sin tener en cuenta ninguna estipulación de acuerdo de liquidación. Las estipulaciones de que el acuerdo no incluye daño por gastos médicos no se tendrán en cuenta. Reconoceremos asignaciones de pagos de responsabilidad a pérdidas no médicas solo cuando el pago se base en una orden del tribunal sobre el fondo del caso. No buscaremos recuperar ninguna parte de una indemnización que se asigne apropiadamente por el tribunal como pago por pérdidas distintas a servicios médicos (por ejemplo, pérdidas de propiedad).

Donde proporcionemos beneficios en forma de servicios, debemos tener derecho a recibir reembolso sobre la base del valor razonable de los beneficios proporcionados.

No duplicación de beneficios

No duplicaremos ningún beneficio o pago que usted reciba bajo cualquier cobertura de automóvil, accidente, de responsabilidad u otra. Usted acepta informarnos cuando dicha cobertura esté disponible para usted, y es su responsabilidad tomar cualquier medida necesaria para recibir los beneficios o pagos bajo dicha cobertura de automóvil, accidente, de responsabilidad u otra. Podemos buscar reembolso de valor razonable de cualquier beneficio que hayamos proporcionado en caso de que hayamos duplicado los beneficios a los cuales usted tiene

derecho bajo dicha cobertura. Usted tiene la obligación de cooperar con nosotros para obtener el pago de cualquier cobertura de automóvil, accidente o de responsabilidad o de otra aseguradora.

Si le proporcionamos beneficios antes que cualquier otro tipo de cobertura de salud que usted tenga, podemos buscar recuperar esos beneficios de acuerdo con las reglas del Pagador secundario de Medicare. Consulte también la sección 4 de este capítulo, **Aviso adicional sobre la subrogación (recuperación de terceros)** para obtener más información sobre nuestros derechos de recuperación.

Más información

Esto es solo un breve resumen. Si pagamos primero o segundo (o no pagamos) depende de los tipos de seguros adicionales que usted tenga y de las reglas de Medicare que se apliquen en su situación. Para obtener más información, consulte el folleto publicado por el gobierno, "*Medicare y otros beneficios de salud: su guía sobre quién paga primero*". Es CMS Pub. No. 02179. Asegúrese de consultar la versión más actualizada. Otros detalles se explican en las reglas del Pagador secundario de Medicare como, por ejemplo, la manera de determinar el número de personas empleadas por un empleador con fines de las reglas de coordinación de beneficios. Las reglas están publicadas en el *Código de reglamentos federales*.

Derechos de apelación

Si usted no está de acuerdo con cualquier decisión o acción tomada por nuestro plan relacionada con las reglas de coordinación de beneficios y de pago descritas anteriormente, debe seguir los procedimientos explicados en el Capítulo 9 *Qué hacer si tiene un problema o una queja* (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*) de esta *Evidencia de cobertura*.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Afiliado (Afiliado de nuestro plan o Afiliado del plan): persona que cuenta con Medicare y que es elegible para recibir los servicios cubiertos, cuya inscripción en nuestro plan está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Alisado y raspado radicular periodontal: el alisado es un procedimiento dental común para pacientes con enfermedad de las encías. Es un tipo de limpieza dental que llega debajo de la línea de la encía para eliminar la acumulación de placa. El proceso de alisado y raspado radicular de los dientes suele denominarse limpieza profunda.

Angiografía por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés): método no invasivo y forma de imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) que puede medir el flujo de sangre por los vasos sanguíneos.

Apelación: una apelación es lo que puede hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura para servicios de cuidado de la salud o medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede utilizar, generalmente es también el área donde puede obtener servicios rutinarios (que no sean de emergencia). Si usted se muda en forma permanente fuera de nuestra área de servicio, nuestro plan debe desafiliarle.

Asistente de cuidado de la salud en el hogar: una persona que proporciona servicios que no necesitan de la experiencia de un profesional en enfermería autorizado o un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Autorización previa: aprobación anticipada para recibir servicios y/o determinados medicamentos en función de criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Ayuda adicional: un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos para el programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coseguro.

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y efectivos como los productos biológicos originales. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin la necesidad de una nueva receta. (Diríjase a "**Biosimilar intercambiable**").

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin la necesidad de una nueva receta porque cumple con los requisitos adicionales sobre el potencial para una sustitución automática. Esta sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés): si su ingreso bruto ajustado modificado según lo reportó en su declaración de impuestos al IRS hace 2 años sobrepasa una cierta

cantidad, usted pagará la cantidad de prima estándar más una Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos, también conocida como IRMAA. La IRMAA es un cargo adicional que se añade a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no paga una prima superior.

Cantidad máxima de desembolso personal: la cantidad máxima que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos de las Partes A y B dentro de la red. Las cantidades que usted paga por las primas de las Partes A y B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de desembolso personal.

Cantidad permitida: la cantidad máxima que un plan pagará por un beneficio de cuidado de la salud.

Cargo permitido por Medicare: la cantidad máxima de dinero que se puede cobrar por un servicio médico en particular cubierto por Medicare. Estas son cantidades que decide Medicare.

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el fin de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro no se espera que exceda las 24 horas.

Centro de cuidado de urgencia: un centro de salud autorizado donde médicos y profesionales de enfermería proveen servicios para identificar y tratar una lesión o enfermedad repentina, sin estadía durante la noche.

Centro de diálisis independiente: un centro de salud autorizado, distinto a un hospital, que provee tratamiento de diálisis sin estadía nocturna.

Centro de radiología (imágenes) independiente: un centro de salud autorizado, distinto a un hospital, que proporciona uno o más de los siguientes servicios para prevenir, identificar o tratar una lesión o enfermedad, sin estadía nocturna: radiografías; medicina nuclear; radioterapia oncológica (incluidas MRI, escaneos de CT y escaneos de PET).

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés): centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, entre los que se incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés): agencia federal que administra a Medicare.

Cobertura para medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a los pacientes ambulatorios a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no estén cubiertos por las Partes A o B de Medicare.

Cobertura válida para medicamentos recetados: cobertura para medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de Medicare para medicamentos recetados. Las personas que tienen esta cobertura cuando son elegibles para Medicare generalmente pueden conservarla sin tener que pagar una multa si más tarde deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Copago: la cantidad que usted posiblemente deba pagar como la parte del costo que le corresponde por servicios o suministros médicos, como por una consulta médica, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. El copago es una cantidad fija (por ejemplo, $10), en vez de un porcentaje.

Coseguro: la cantidad que usted posiblemente deba pagar, expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20%), como la parte del costo que le corresponde por servicios o medicamentos recetados después de pagar su deducible.

Costos compartidos: costos compartidos hace referencia a las cantidades que debe pagar el afiliado por los servicios o medicamentos recibidos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) cualquier cantidad deducible que un plan puede imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; 2) cualquier cantidad de copago fija que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o 3) cualquier cantidad de coseguro, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento que requiere un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Costos compartidos estándares: los costos compartidos estándares son costos compartidos que no sean costos compartidos preferidos ofrecidos en una farmacia de la red.

Costos compartidos preferidos: costos compartidos preferidos se definen como costos compartidos inferiores para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en ciertas farmacias de la red.

Cuidado de hospicio: cuidado especializado para personas con enfermedades terminales, centrado en la comodidad y no en la cura. Esto también incluye asesoramiento para las familias de los pacientes. Según la situación, este tipo de cuidado puede ser en el hogar, un hospicio, un hospital o un hogar para personas de la tercera edad, y lo brinda un equipo de profesionales de la salud certificados.

Cuidado de hospitalización: cuidado de la salud que usted recibe al ser admitido en un hospital.

Cuidado de la salud en el hogar: cuidado de enfermería especializada y determinados otros servicios de cuidado de la salud que se proporcionan a un paciente en su propio hogar para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos se indican en el Capítulo 4, Tabla de beneficios médicos bajo el título "Cuidado de una agencia de cuidado de la salud en el hogar". Si usted necesita servicios de cuidado de la salud en el hogar, nuestro plan se encargará de cubrir estos servicios para usted, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura de Medicare. El cuidado de la salud en el hogar puede incluir servicios de un asistente de cuidado de la salud en el hogar si los servicios forman parte del plan de cuidado de la salud en el hogar para su lesión o enfermedad. No estarán cubiertos a menos que usted también esté recibiendo un servicio especializado cubierto. El cuidado de la salud en el hogar no incluye el servicio de ama de llaves, coordinación de servicios de alimentación ni enfermería de tiempo completo en el hogar.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): cuidado de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se ofrecen de manera continua y a diario en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidado incluyen la terapia física o las inyecciones intravenosas que solamente pueden ser brindadas por un profesional de enfermería registrado o por un médico.

Cuidado médico en casos de emergencia: servicios cubiertos 1) brindados por un proveedor acreditado para proporcionar servicios en casos de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Cuidado personal no médico: el cuidado personal no médico es cuidado personal proporcionado en un hogar para personas de la tercera edad, hospicio u otro centro cuando no necesita cuidado médico especializado o cuidado de enfermería especializada. El cuidado personal no médico, proporcionado por personas sin experiencia o capacitación profesional, incluye ayuda para las actividades cotidianas como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse de la cama o una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el cuidado relacionado con la

salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como colocarse las gotas en los ojos. Medicare no paga por este tipo de cuidado personal no médico.

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por el cuidado de la salud o los medicamentos recetados antes de que nuestro plan pague.

Desafiliarse o **Desafiliación:** el proceso para terminar su afiliación con nuestro plan.

Determinación de cobertura: decisión sobre si un medicamento recetado está cubierto por nuestro plan y la cantidad, si la hubiera, que usted debe pagar por el medicamento. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento recetado no está cubierto por nuestro plan, esto no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se conocen como **decisiones de cobertura**.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan con respecto a si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se conocen como *decisiones de cobertura*.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud, considera que usted presenta síntomas médicos que requieren cuidado médico inmediato para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad, o la pérdida o la generación de una disfunción grave en una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o afección médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés): determinado equipo médico solicitado por el médico por razones médicas. Entre los ejemplos se incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Equipo médico duradero de alto costo: incluye, entre otros, los siguientes: sillas de ruedas eléctricas o personalizadas, scooters motorizados, estimuladores de crecimiento óseo, cajas de voz, bombas de insulina, sistemas de oxígeno líquido, desfibriladores cardioversores portátiles y aparatos de oscilación de alta frecuencia para la pared torácica.

Escaneo de tomografía axial computarizada (CT/CAT, por sus siglas en inglés): combina el uso de una computadora digital con un dispositivo rotativo de radiografía para generar imágenes detalladas de cortes transversales de distintos órganos y partes del cuerpo.

Escaneo de tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés): técnica de diagnóstico médico por imágenes que supone la inyección de un isótopo al paciente y el uso de un explorador PET para detectar la radiación emitida.

Etapa de cobertura catastrófica: etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que empieza cuando usted (u otras personas elegibles en su nombre) hayan gastado **$2,400** en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, nuestro plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D y por medicamentos excluidos que están cubiertos bajo nuestros beneficios mejorados.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa que comienza después de que paga su deducible (si tiene uno) y antes de que sus gastos de desembolso personal en el año hayan alcanzado la cantidad límite de gastos de desembolso personal.

Evaluación/examen oral integral: esto es cuando un dentista general o especialista dental examina al paciente. Se aplica a: pacientes nuevos, pacientes habituales que han tenido un cambio significativo en las afecciones de salud u otras circunstancias inusuales, por informe, o pacientes habituales que no han tenido tratamiento activo durante tres años o más.

Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) e Información de divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, cláusulas o cobertura opcional seleccionada, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como afiliado de nuestro plan.

Examen oral periódico: examen que se realiza a pacientes habituales para determinar cambios en el estado dental y de salud en comparación con una evaluación periódica o integral anterior.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento no incluido en nuestro formulario (excepción al formulario), o recibir un medicamento no preferido en un nivel inferior de costos compartidos (excepción de nivel). También puede pedir una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el que está pidiendo, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y usted quiere una exención de los criterios de restricción o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está pidiendo (excepción al formulario).

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente una cantidad mayor a los costos compartidos permitidos de nuestro plan. Como afiliado de CareOne Plus (HMO), usted solo debe pagar las cantidades de costos compartidos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le envíen una **factura del saldo** ni que le cobren más de la cantidad de costos compartidos que nuestro plan dice que usted debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la cual los afiliados de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados se cubren solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia de pedido por correo: una farmacia que surte y envía medicamentos recetados por correo al hogar del afiliado.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Formulario: un documento que enumera todos los medicamentos recetados que cubre un plan.

Gastos de desembolso personal: consulte la definición de costos compartidos mencionada anteriormente. El requisito de costos compartidos del afiliado de pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costos de desembolso personal del afiliado.

Guía de medicamentos recetados (Formulario): lista de medicamentos cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos genéricos como medicamentos de marca.

"Herramienta de beneficios en tiempo real": una aplicación informática o portal en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica del afiliado sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye cantidades de costos compartidos, medicamentos alternativos incluidos en el formulario que pueden utilizarse para la misma afección de salud que un medicamento determinado, y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia por fases, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio que proporciona tratamiento especial para un afiliado que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proveerle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas aún es un afiliado de nuestro plan. Aún puede recibir todos los servicios que sean necesarios por razones médicas, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Hospitalización de paciente internado: una hospitalización cuando haya sido formalmente admitido en el hospital para recibir servicios médicos profesionales. Incluso si es internado en el hospital por una noche, usted podría ser considerado ambulatorio.

Imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés): método de modalidad de diagnóstico por imágenes que utiliza un campo magnético y análisis computarizado de señales de radiofrecuencia inducidas para producir imágenes del tejido corporal de manera no invasiva.

Indicación aceptada por razones médicas: el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o respaldado por determinadas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Micromedex DRUGDEX Information System.

Laboratorio independiente: un centro de salud autorizado, distinto a un hospital, que proporciona análisis de laboratorio para prevenir, identificar o tratar una lesión o enfermedad, sin estadía nocturna.

Límite de gastos de desembolso personal: la cantidad máxima que paga como desembolso personal para los medicamentos de la Parte D.

Límites de cantidad: herramienta de control diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden aplicarse a la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o durante un período determinado.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Guía de medicamentos): lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Mamografía de detección: un procedimiento de radiografía especializado para descubrir de manera temprana si una paciente tiene cáncer de mama.

Mamografía de diagnóstico: examen radiológico especializado que se realiza a una paciente que muestra signos o síntomas de enfermedad de mama.

Medicaid (o Asistencia médica): programa conjunto federal y estatal que provee ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid estatales varían, pero la mayoría de los costos del cuidado de la salud estarán cubiertos si es elegible para Medicare y Medicaid.

Medicamento de marca: medicamento recetado que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, otros fabricantes de medicamentos

producen y comercializan los medicamentos genéricos y en general no se encuentran disponibles hasta que se vence la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: medicamento recetado que es aprobado por la FDA en base de tener el(los) mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico funciona de la misma manera que un medicamento de marca y con frecuencia tiene un costo menor.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el que Medicare negoció un precio máximo establecido.

Medicamentos cubiertos: término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido determinadas categorías de medicamentos como medicamentos cubiertos de la Parte D. Todos los planes deben cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicare: programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen Enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, las personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón).

Medicare original (**Medicare tradicional o Medicare Cargo por servicio**): Medicare original es ofrecido por el gobierno, y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Medicare original, los servicios de Medicare están cubiertos por medio del pago de cantidades determinadas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte del costo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la parte del costo que a usted le corresponde. Medicare original tiene 2 partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico); se encuentra disponible en todo el territorio de los Estados Unidos.

Medicina nuclear: radiología que introduce radioisótopos (compuestos que contienen formas radioactivas de átomos) en el cuerpo con el objeto de diagnosticar con imágenes, evaluar la función del órgano o ubicar la enfermedad o tumores.

Multa por afiliación tardía de la Parte D: cantidad que se añade a la prima mensual de la cobertura para medicamentos de Medicare, si permanece sin cobertura válida (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare), durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Necesario por razones médicas: los servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Nivel de costos compartidos: cada medicamento en la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los Cinco (5) niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, más alto será el costo de su medicamento.

Nuestro plan: el plan en el que está inscrito, CareOne Plus (HMO).

Organización Medicare Advantage: una compañía privada que administra planes Medicare Advantage para ofrecer a los afiliados más opciones y, a veces, beneficios adicionales. Los planes Medicare Advantage también se llaman "Parte C". Proveen toda su cobertura de la Parte A (hospitalaria) y la Parte B (médica), y algunos también pueden proporcionar cobertura de la Parte D (medicamentos recetados).

Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés): tipo de plan de seguro de salud en el que los afiliados deben recibir cuidado de la red de médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud.

Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés): un grupo de médicos especializados y otros expertos en el cuidado de la salud pagado por el gobierno federal, que se encarga de controlar y mejorar el cuidado médico que reciben los pacientes de Medicare.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés).

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

Período de beneficio: la forma en que nuestro plan y Medicare original miden su uso de los servicios de hospital y de centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Un período de beneficio comienza el día que usted es admitido en el hospital o en el centro de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando usted no ha tenido cuidado de hospitalización (o cuidado especializado en un centro de enfermería especializada) por 60 días consecutivos. Si se le ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de que se haya terminado un período de beneficio, comenzará uno nuevo. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficio.

Período de inscripción abierta: período de tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año en el que los afiliados pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiar a Medicare original.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo, durante el cual los afiliados en un Plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage o recibir cobertura a través de Medicare original. Si elige cambiar a Medicare original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período de tiempo en que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de siete meses que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65, incluye el mes en que cumple 65, y termina tres meses después del mes en que cumple 65.

Período especial de inscripción: el momento establecido en que los afiliados pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos o regresar a Medicare original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período especial de inscripción incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe Ayuda adicional con sus costos de medicamentos recetados, si se muda a un hogar para personas de la tercera edad o si violamos nuestro contrato con usted.

Persona con doble elegibilidad: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de Plan Medicare Advantage que proporciona cuidado de la salud más enfocado a grupos de personas específicos, por ejemplo, quienes tienen Medicare y Medicaid, quienes viven en un hogar para personas de la tercera edad o quienes tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de necesidades especiales para afecciones crónicas (C-SNP): los planes C-SNP son planes SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tengan enfermedades crónicas graves específicas.

Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP): en los D-SNP se inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos de los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proveerles a las personas con Medicare inscritas en nuestro plan los beneficios de las Partes A y B. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de costo de Medicare, los Planes de necesidades especiales, los Programas piloto o de demostración y los Programas de cuidado médico integral para personas de la tercera edad (PACE, por sus siglas en inglés).

Plan Medicare Advantage (MA): también llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una empresa privada que realiza un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una PPO, iii) un plan Privado de cargo por servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) o iv) un plan de Cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA, por sus siglas en inglés). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura para medicamentos recetados). Estos planes se conocen como **Planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados**.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de cuidado médico integral para personas de la tercera edad) combina servicios y apoyos médicos, sociales y a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) para personas frágiles a fin de ayudarlas a mantenerse de manera independiente y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar para personas de la tercera edad) mientras les sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Póliza Medigap (Seguro suplementario a Medicare): seguro suplementario a Medicare vendido por compañías aseguradoras privadas para cubrir las *brechas* de Medicare original. Las pólizas Medigap solamente funcionan con Medicare original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Precio máximo establecido: el precio acordado por Medicare para un medicamento seleccionado.

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de cuidado de la salud para la cobertura de salud o para medicamentos recetados.

Procedimiento de diagnóstico: un examen para identificar las fortalezas y las debilidades de un paciente en un área específica, con el fin de obtener más información sobre su afección o enfermedad.

Producto biológico: un medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte **“Producto biológico original”** y **“Biosimilar”**).

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y que sirve como comparación para los fabricantes que hacen una versión biosimilar. También se lo conoce como producto de referencia.

Profilaxis (limpieza): eliminación de placa, cálculos y manchas de las estructuras dentales e implantes en la dentición permanente y de transición. La profilaxis se realiza únicamente en las personas que no presentan ningún signo ni síntoma de enfermedad periodontal, como pérdida ósea, hemorragia, movilidad, exudado y recesión. La profilaxis es, por tanto, un procedimiento preventivo para pacientes que todavía no tienen enfermedad periodontal y solo debe realizarse con pacientes sanos desde el punto de vista periodontal.

Programa de coordinación de tratamientos con medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés): un programa de la Parte D de Medicare sobre necesidades de salud complejas para personas que cumplen ciertos requisitos o participan en un programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una consulta con un farmacéutico o profesional de la salud para revisar los medicamentos.

Programa de descuentos del fabricante: un programa donde los fabricantes del medicamento pagan una parte del costo total de nuestro plan para productos biológicos y medicamentos de marca cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y el grupo de fabricantes.

Prótesis y ortopedia: los dispositivos médicos incluyen, entre otros: cabestrillos, corsés y collarines; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, como suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés): el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud, usted debe consultar primero a su proveedor de cuidado primario.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para denominar a médicos, otros profesionales del cuidado de la salud, hospitales y demás centros de cuidado de la salud que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proveer servicios de cuidado de la salud. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, coordinar, así como también proporcionar, servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. También se les puede denominar **proveedores del plan**.

Proveedor del plan: consulte "Proveedor de la red".

Proveedor fuera de la red o centro médico fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni proporcionar servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen y no operan con nuestro plan.

Queja: el nombre formal para realizar una queja es **presentar una queja formal.** El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas sobre la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los períodos del proceso de apelación

Queja formal: tipo de queja que realiza sobre nuestro plan o nuestros proveedores o nuestras farmacias, incluida una queja relacionada con la calidad de su cuidado médico. Esto no incluye conflictos con pagos o coberturas.

Radiología: radiografías y otros procedimientos especializados que utilizan radiación de alta energía para identificar y tratar enfermedades.

Red: consulte "Farmacia de la red" o "Proveedor de la red".

Red nacional de trasplantes (NTN, por sus siglas en inglés) de CarePlus: red de establecimientos/centros de trasplante aprobados por CarePlus y Medicare.

Referido: una indicación escrita de su médico de cuidado primario que autoriza a que usted vea a un especialista o se realice determinados servicios médicos. Si no cuenta con un referido, nuestro plan podría no pagar por los servicios de un especialista.

Seguridad de ingreso suplementario (SSI, por sus siglas en inglés): beneficio mensual pagado por el Seguro Social para personas discapacitadas, ciegas o de 65 años de edad o más con ingresos y recursos limitados. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios cubiertos: término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de cuidado de la salud cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios para la vista, dentales o para la audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de imágenes avanzadas: método de diagnóstico por imágenes especializado que toma imágenes más detalladas que las radiografías estándar. Existen varios tipos de servicios de imágenes, entre ellos, la tomografía axial computarizada (CT/CAT, por sus siglas en inglés), la angiografía por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), las imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) y el escaneo de tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés) u otra tecnología similar.

Servicios de observación: servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para ayudar al médico a decidir si un paciente debe ser admitido como paciente internado, o si puede ser dado de alta. Los servicios de observación se pueden brindar en el departamento de emergencia o en otra área del hospital. Incluso si pasa una noche en una cama de hospital regular, podría ser considerado paciente ambulatorio.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen cuidado de rehabilitación para pacientes internados, terapia física (pacientes ambulatorios), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios para afiliados: un departamento incluido en nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre inscripciones, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Servicios preventivos: servicios de cuidado de la salud que lo ayudan a mantenerse saludable, detectar los problemas de salud temprano, determinar los tratamientos más efectivos y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, pruebas de laboratorio y pruebas de detección. También incluyen programas para monitorear la salud y asesoramiento y educación para ayudarlo a cuidar su salud.

Servicios que se necesitan con urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o no es razonable debido al tiempo, el lugar y las circunstancias para recibir dicho servicio por parte de proveedores dentro de la red. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son lesiones o enfermedades médicas imprevistas o reapariciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas rutinarias al proveedor médicamente necesarias (por ejemplo, chequeos anuales) no son consideradas servicios

que se necesitan con urgencia incluso si está fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Subsidio por ingresos limitados (LIS, por sus siglas en inglés): consulte Ayuda adicional.

Tarifa contratada: la tarifa que el plan de salud paga a un proveedor o farmacia de la red por servicios o medicamentos recetados cubiertos.

Tarifa de despacho: una tarifa que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir el medicamento recetado. La tarifa de despacho cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar el medicamento recetado.

Tarifa diaria de costos compartidos: una tarifa diaria de costos compartidos se puede aplicar cuando el médico le receta menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Una tarifa diaria de costos compartidos es el copago dividido por el número de días en el suministro de un mes. Este es un ejemplo: si su copago para un suministro de medicamento para un mes es de $30 y un suministro de un mes en nuestro plan es de 30 días, su tarifa diaria de costos compartidos es de $1 por día.

Terapia por fases: una herramienta de usos que requiere que usted pruebe primero otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

Anexo A – Información de contacto de las agencias estatales

Esta sección provee la información de contacto de las agencias estatales a las que se hace referencia en el Capítulo 2 y en otras secciones de esta Evidencia de cobertura. Si tiene problemas para localizar la información que busca, contacte a Servicios para afiliados al número de teléfono en la contraportada de este manual.

FLORIDA	
Nombre del programa SHIP e información de contacto	Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee,FL 32399-7000 800-963-5337 (llamada gratuita) 800-955-8770 (TTY) 850-414-2150 (fax) 800-963-5337 https://www.floridaSHINE.org
Organización para el mejoramiento de la calidad	Acentra Health 1650 Summit Lake Dr., Suite 102 Tallahassee,FL 32317 888-317-0751 TTY 711 844-878-7921 (FAX) https://acentraqio.com/aboutus/contact/
Oficina estatal de Medicaid	Florida Medicaid 2727 Mahan Drive Tallahassee,FL 32308-5407 888-419-3456 (llamada gratuita) 850-412-3600 (local) 850-922-2993 (fax) 800-955-8771 (TTY) https://ahca.myflorida.com
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA	Florida AIDS Drug Assistance Program (ADAP) HIV/AIDS Section 4052 Bald Cypress Way Tallahassee,FL 32399 844-381-2327 800-545-7432 (español) 800-243-7101 (Kreyòl Ayisyen) 888-503-7118 (TTY) https://www.floridahealth.gov/individual-family-health/injury-prevention-wellness/hiv-aids/hiv-aids-management/

Aviso de no discriminación

CarePlus Health Plans, Inc. cumple con todas las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. CarePlus Health Plans Inc.:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y servicios y ayudas auxiliares gratuitas y adecuadas para comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
  - Intérpretes acreditados en el lenguaje de señas.
  - Información por escrito en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles o de otro tipo).

- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística para personas cuyo idioma principal no es el inglés, entre los que se pueden incluir:
  - Intérpretes acreditados.
  - Información por escrito en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, comuníquese al **800-794-5907 (TTY: 711)**. Si cree que CarePlus Health Plans, Inc. no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico al coordinador de no discriminación de CarePlus Health Plans, Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, al **800-794-5907 (TTY: 711)**, o **Accessibility1@CarePlus-HP.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de no discriminación de CarePlus Health Plans, Inc. puede ayudarle.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo postal o por teléfono a:

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

CarePlus HEALTH PLANS™

Este aviso está disponible en **es-www.CarePlusHealthPlans.com/NDN**

GHHNDN2026CP_SP_0526

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسِّيق البديل مجاناً. اتصل على الرقم **1-800-794-5907 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Զանգահարեք **1-800-794-5907 (TTY՝ 711)** հեռախոսահամարով:

বাংলা [Bengali]: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **1-800-794-5907 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 [Simplified Chinese]：我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **1-800-794-5907**（听障专线：**711**）。

繁體中文 [Traditional Chinese]：我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **1-800-794-5907**（聽障專線：**711**）。

Kreyòl Ayisyen [Haitian Creole]: Gen sèvis lengwistik gratis, èd oksilyè, ak lòt fòma sèvis ki disponib. Rele **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupne su besplatne jezične usluge, usluge dodatne pomoći i alternativnog formata. Nazovite **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **1-800-794-5907 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français [French] : Des services gratuits d’assistance linguistiques, d’aide auxiliaire et de format alternatif sont disponibles. Appelez le **1-800-794-5907 (ATS : 711)**.

Deutsch [German]: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Ελληνικά [Greek]: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી [Gujarati]: મફત ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** પર કૉલ કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **1-800-794-5907 (TTY: 711)**

Hmoob [Hmong]: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiamare il numero **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

GHHNOA2026CP_0526

日本語 [Japanese]: 言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**1-800-794-5907 (TTY: 711)** までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ [Khmer]៖ សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជាទម្រង់ផ្សេងជំនួសអាចរកបាន។ ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-794-5907 (TTY: 711)**។

한국어 [Korean]: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오.

Diné [Navajo]: Saad bee áná'álwo', bee haz'áanii, dóó naaltsoos t'áá ajiłii'ígíí bee ak'e'elyaaígíí t'áá jiik'eh hóló. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** bich'į' hodíílnih.

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Português [Brazilian Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-794-5907 (TTY: 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский [Russian]: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Español [Spanish]: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Tagalog [Tagalog]: May available na mga libreng serbisyo sa wika, mga gamit na pantulong, at alternatibong format. Tumawag sa **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: மொழி,, உதவிப் பொருட்கள் மற்றும் மாற்று வடிவமைப்புச் சேவைகள் இலவசமாகக் கிடைக்கின்றன. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** எண்ணை அழைக்கவும்.

తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ کال **1-800-794-5907 (TTY: 711)**۔

Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hỗ trợ phụ trợ và định dạng thay thế. Hãy gọi **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

This notice is available at **CarePlusHealthPlans.com/MLI**

Notas

Notas

Notas

Servicios para afiliados de CareOne Plus (HMO)

Método	Servicios para afiliados– Información de contacto
Llame	800-794-5907 Las llamadas a este número son gratis. Puede llamarnos los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada durante los fines de semana y días festivos. Para un servicio las 24 horas, puede visitarnos en **CarePlusHealthPlans.com** Además, el departamento de Servicios para afiliados también ofrece servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es igual al de arriba.
Escriba a	CarePlus Health Plans, Inc. P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
Sitio web	**es-www.careplushealthplans.com/contact-us**

Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico
El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindarles asesoramiento gratis y a nivel local sobre el seguro médico a las personas que tienen Medicare.

La información de contacto de su SHIP se puede encontrar en el "Anexo A" en este documento.

Declaración de divulgación según la PRA *Según la Ley de Reducción de Trámites (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de recopilación de información a menos que esta tenga un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencias para mejorar este formulario, diríjase por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

CarePlus Health Plans, Inc.
P.O. Box 14168
Lexington, KY 40512-4168

Información Importante

CarePlus
HEALTH PLANS™

CarePlusHealthPlans.com