Cigna HealthSpring®

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2018

CONSTANCIA DE COBERTURA

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y cobertura de medicamentos recetados como miembro de Cigna-HealthSpring Preferred (HMO)

Este libro le brindará los detalles sobre su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2018. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos recetados que usted necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Cigna-HealthSpring Preferred (HMO), es ofrecido por Cigna-HealthSpring. (Cuando en esta *Constancia de cobertura* se dice "nosotros" o "nuestro", significa Cigna-HealthSpring. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa Cigna-HealthSpring Preferred (HMO)).

Cigna-HealthSpring tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato.

Este documento está disponible sin cargo en español.

Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicio de Atención al Cliente al 1-800-668-3813. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario es desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local; sábado de 8 a.m. a 6 p.m. hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana, después del horario laboral y en los feriados federales.

Para obtener información de parte nuestra de una manera que le resulte conveniente, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). Podemos brindarle información en braille, impresa en letras grandes u otros formatos alternativos si lo necesita.

Los beneficios y/o los copagos/coseguros pueden cambiar a partir del 1 de enero de 2019.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

H4513_18_55149S Alternate Format

Form CMS 10260-ANOC/EOC
(Approved 05/2017)

OMB Approval 0938-1051 (Expires May 31, 2020)
18_P_H4513_025_S

Constancia de cobertura de 2018

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es su punto de inicio. Para obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, vaya a la primera página de un capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 4

Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo utilizar este libro. Informa sobre los materiales que le enviaremos, sus primas del plan, la sanción por inscripción tardía de la Parte D, su tarjeta de membresía del plan y la forma de mantener actualizado su registro de membresía.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 17

Informa cómo comunicarse con nuestro plan (Cigna-HealthSpring Preferred (HMO)) y con otras organizaciones, incluida Medicare, el Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para la Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Railroad Retirement Board (Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios).

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos 31

Explica los datos importantes que necesita saber sobre la obtención de su atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen cómo utilizar los proveedores en la red del plan y cómo obtener atención médica cuando tiene una emergencia.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar) 41

Proporciona los detalles sobre los tipos de atención médica que están cubiertos y los que *no* están cubiertos en su caso como miembro de nuestro plan. Explica la cantidad que usted pagará como su parte del costo para su atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 72

Explica las reglas que necesita seguir cuando obtiene sus medicamentos de la Parte D. Informa cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Informa los tipos de medicamentos que *no* están cubiertos. Explica diferentes tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para ciertos medicamentos. Explica dónde surtir sus medicamentos recetados. Informa sobre los programas del plan para la seguridad y la gestión de medicamentos.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D 88

Informa sobre las tres etapas de cobertura de medicamentos (Etapa de cobertura inicial, Etapa de período sin cobertura, Etapa de cobertura en situación catastrófica) y cómo estas etapas afectan lo que paga por sus medicamentos. Explica los 5 niveles de participación en los costos para sus medicamentos de la Parte D e informa lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de participación en los costos.

Capítulo 7. Cómo solicitar que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos 100

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitar un reembolso de nuestra parte del costo por sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 106

Explica los derechos y las responsabilidades que usted tiene como miembro de nuestro plan. Informa lo que puede hacer si cree que no se respetan sus derechos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 115

Proporciona instrucciones detalladas sobre lo que debe hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos recetados que cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las reglas o restricciones adicionales en su cobertura de medicamentos recetados, y solicitarnos que continuemos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.
- Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan 151

Explica cuándo y cómo puede finalizar su membresía en el plan. Explica situaciones en las que nuestro plan debe finalizar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 158

Incluye avisos sobre la ley aplicable y sobre la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 162

Explica términos clave utilizados en este libro.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 6
Sección 1.1 Usted está inscrito en Cigna-HealthSpring Preferred (HMO), que es un plan Medicare HMO 6
Sección 1.2 ¿De qué trata el libro *Constancia de cobertura*? 6
Sección 1.3 Información legal sobre la *Constancia de cobertura* 6

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan? 6
Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 6
Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare? 7
Sección 2.3 Esta es el área de servicios del plan para nuestro plan 7
Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o permanencia legal 7

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros? 7
Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: utilícela para obtener toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos 7
Sección 3.2 El *Directorio de farmacias y proveedores*: su guía a todos los proveedores de la red del plan 8
Sección 3.3 El *Directorio de farmacias y proveedores*: su guía a las farmacias de nuestra red 8
Sección 3.4 La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan 9
Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (la "EOB de la Parte D"): informes con un resumen de pagos efectuados para sus medicamentos recetados de la Parte D 9

SECCIÓN 4 Su prima mensual para nuestro plan 9
Sección 4.1 ¿Cuál es el monto de su prima del plan? 9

SECCIÓN 5 ¿Tiene que pagar la "sanción por inscripción tardía" de la Parte D? 10
Sección 5.1 ¿Qué es la "sanción por inscripción tardía" de la Parte D? 10
Sección 5.2 ¿Cuál es el monto de la "sanción por inscripción tardía" de la Parte D? 10
Sección 5.3 En algunas situaciones, puede realizar una inscripción tardía y no tener que pagar la sanción 10
Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su sanción por inscripción tardía de la Parte D? 11

SECCIÓN 6 ¿Tiene que pagar un monto adicional de la Parte D debido a su ingreso? 11
Sección 6.1 ¿Quién paga un monto adicional de la Parte D debido a su ingreso? 11
Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D? 11
Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D? 12
Sección 6.4 ¿Qué sucede si no paga el monto adicional de la Parte D? 12

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual 12
Sección 7.1 Si debe pagar una sanción por inscripción tardía de la Parte D, existen varias formas en las que puede pagar la sanción 13
Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año? 13

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan 14
Sección 8.1 Cómo ayudar a garantizar que contamos con información precisa sobre usted 14

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal 14
Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida 14

SECCIÓN 10 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan 14
Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro? 14

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Cigna-HealthSpring Preferred (HMO), que es un plan Medicare HMO

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare mediante nuestro plan, Cigna-HealthSpring Preferred (HMO).

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y operado por una empresa privada.

Sección 1.2 ¿De qué trata el libro *Constancia de cobertura*?

En este libro *Constancia de cobertura* se informa cómo obtener su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare cubiertos mediante nuestro plan. En este libro se explican sus derechos y responsabilidades, lo que se cubre y lo que usted paga como miembro del plan.

Las palabras "cobertura" y "servicios cubiertos" se refieren a la atención médica, los servicios médicos y los medicamentos recetados que se encuentran disponibles para usted como miembro de Cigna-HealthSpring Preferred (HMO).

Es importante para usted saber cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles en su caso. Le recomendamos que se tome un tiempo para revisar este libro, *Constancia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Constancia de cobertura*

Forma parte de nuestro contrato con usted

Esta *Constancia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo nuestro plan cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y toda notificación que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que la afecten. Estas notificaciones algunas veces se denominan "cláusulas" o "enmiendas".

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en nuestro plan, entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2018.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de nuestro plan después del 31 de diciembre de 2018. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicios diferente, luego del 31 de diciembre de 2018.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan cada año. Puede continuar obteniendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para la membresía en nuestro plan siempre que:

- Tenga la Parte A y Parte B de Medicare (en la Sección 2.2 se brinda información sobre la Parte A y la Parte B de Medicare)
- — *y* — viva en nuestra área geográfica de servicios (en la Sección 2.3, que aparece a continuación, se describe nuestra área de servicios)
- — *y* — sea ciudadano de los Estados Unidos o tenga permanencia legal en los Estados Unidos
- — *y* — no tenga enfermedad renal en etapa terminal (End Stage Renal Disease, ESRD), con excepciones limitadas, por ejemplo, si desarrolla ESRD cuando ya es miembro de un plan que ofrecemos o era miembro de un plan diferente que finalizó.

Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?

Cuando se inscribió por primera vez para Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos en la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- Generalmente, la Parte A de Medicare cubre servicios prestados por hospitales (para pacientes internados, centros de enfermería especializada o agencias de servicios médicos domiciliarios).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios de médicos y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros).

Sección 2.3 Esta es el área de servicios del plan para nuestro plan

Si bien Medicare es un programa federal, nuestro plan está disponible solo para personas que viven en nuestra área de servicios del plan. Para permanecer como miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicios del plan. El área de servicios se describe a continuación.

Nuestra área de servicios incluye los siguientes condados en Texas: Angelina, Brazoria, Cameron, Chambers, El Paso, Fort Bend, Hardin, Harris, Hidalgo, Jasper, Jefferson, Liberty, Montgomery, Nacogdoches, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, Tyler, Walker, Waller, Webb, Willacy.

Nuestra área de servicios incluye estas partes de los siguientes condados en Texas: Galveston, los siguientes códigos postales solamente: 77510, 77511, 77517, 77518, 77539, 77546, 77549, 77563, 77565, 77568, 77573, 77574, 77590, 77591, 77592

Si planea mudarse fuera del área de servicios, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que se encuentre disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o permanencia legal

Todo miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano de los Estados Unidos o debe tener permanencia legal en los Estados Unidos. Medicare (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services)) notificarán a Cigna-HealthSpring si usted no es elegible para continuar siendo miembro por este motivo. Cigna-HealthSpring deberá darlo de baja si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: utilícela para obtener toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos

Mientras es miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de membresía de nuestro plan cuando obtenga cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos recetados que adquiera en las farmacias de la red. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si aplica. La siguiente es una tarjeta de membresía de muestra para que vea cómo será la suya:

Cigna HealthSpring

MedicareRx Prescription Drug Coverage

<Plan Name>

Customer ID: ‹Member ID› <contract & PBP>
Name: ‹Member Name›
Health Plan (80840)
PCP: ‹Provider Name›
Phone: ‹Provider Phone Number›
Network: ‹Network Name›
RxBIN: 017010
RxPCN: CIHSCARE

Copays
PCP: <copay>
Specialist: <copay>
ER: <copay>
Urgent Care: <copay>

SAMPLE

This card does not guarantee coverage or payment.

<Barcode>

<Services may require a referral by the PCP or authorization by the Health Plan.>
<Medicare limiting charges apply.>

Customer Service: <phone number> **TTY:** <phone number>
Provider Services: <phone number>
Authorization/Referral: <phone number>
Medical Claims: <address>

Pharmacy Help Desk: <Phone number>
Pharmacy Claims: <address>

Website: <URL>

SAMPLE

Mientras sea miembro de nuestro plan, **usted no debe usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener los servicios médicos cubiertos (a excepción de los estudios de investigación clínica de rutina y servicios de cuidados para pacientes terminales). Conserve su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso de que la necesite posteriormente.

A continuación le explicamos por qué esta cuestión es tan importante: Si obtiene servicios cubiertos utilizando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de utilizar su tarjeta de membresía de Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) mientras sea miembro de un plan, podría tener que pagar el costo total usted mismo.

Si su tarjeta de membresía del plan está dañada, se perdió o se la robaron, llame al Servicio de Atención al Cliente de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

Sección 3.2 El *Directorio de farmacias y proveedores:* su guía a todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de farmacias y proveedores* enumera nuestros proveedores y proveedores de equipo médico duradero de la red.

¿Qué son los "proveedores de la red"?

Los **proveedores de la red** son médicos y otros profesionales de atención médica, grupos de médicos, proveedores de equipo médico duradero hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y toda participación en los costos del plan como pago total. Hemos acordado que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más actualizada de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web www.cignahealthspring.com.

¿Por qué necesita saber qué proveedores son parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores son parte de nuestra red porque, con excepciones limitadas, mientras es miembro de nuestro plan, usted debe utilizar proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Cuando selecciona un médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), también está seleccionando una red completa (un grupo específico de proveedores del plan) de especialistas y hospitales a los cuales su PCP lo remitirá. Si existen especialistas u hospitales específicos que desea utilizar, debe averiguar si su PCP envía sus pacientes a estos proveedores. Cada PCP del plan cuenta con ciertos especialistas y hospitales del plan que utiliza para las remisiones. Esto significa que el PCP que elija determinará los especialistas y hospitales que usted puede utilizar. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener detalles con respecto a los especialistas y hospitales que puede utilizar. Las únicas excepciones son casos de emergencia, servicios de urgencia cuando la red no se encuentra disponible (en general, cuando está fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que nuestro plan autoriza la utilización de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área de cobertura.

Si no tiene el ejemplar del *Directorio de farmacias y proveedores*, puede solicitar uno al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). Puede solicitarle al Servicio de Atención al Cliente más información sobre nuestros proveedores de la red, incluidas sus calificaciones. También puede buscar el *Directorio de farmacias y proveedores* en www.cignahealthspring.com o descargarlo desde este sitio web. El Servicio de Atención al Cliente y el sitio web pueden ofrecerle información actualizada sobre los cambios en nuestros proveedores de la red.

Sección 3.3 El *Directorio de farmacias y proveedores*: su guía a las farmacias de nuestra red

¿Qué son las "farmacias de la red"?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que acordaron surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestro plan.

¿Por qué necesita saber sobre las farmacias de la red?

Puede utilizar el *Directorio de farmacias y proveedores* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Para el año próximo, hemos realizado cambios en nuestra red de farmacias. En nuestro sitio web www.cignahealthspring.com encontrará un *Directorio de farmacias y proveedores* actualizado. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias y proveedores*. **Revise el *Directorio de farmacias y proveedores* para 2018 para saber qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

El *Directorio de farmacias y proveedores* también le informará qué farmacias de nuestra red tienen participación en los costos preferida, la cual puede ser menor que la participación en los costos estándar ofrecida por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de farmacias y proveedores*, puede solicitar una copia al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). En cualquier momento, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.cignahealthspring.com, o descargarla de este sitio web. El Servicio de Atención al Cliente y el sitio web pueden ofrecerle información más actualizada sobre los cambios en la red de farmacias.

Sección 3.4 La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Para abreviar, la llamamos "Lista de medicamentos". En ella se mencionan los medicamentos recetados de la Parte D que se encuentran cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

La Lista de medicamentos también le informa si existe alguna regla que restringe la cobertura para sus medicamentos.

Le enviaremos un ejemplar de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos que le enviamos incluye la información para los medicamentos cubiertos que nuestros miembros utilizan más comúnmente. Sin embargo, cubrimos otros medicamentos que no están incluidos en la Lista de medicamentos impresa. Si uno de sus medicamentos no está en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.cignahealthspring.com) o llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (la "EOB de la Parte D"): informes con un resumen de pagos efectuados para sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender los pagos por sus medicamentos recetados de la Parte D y realizar un seguimiento de estos. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o la "EOB de la Parte D").

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le indica el monto total que gastó usted u otros en su nombre en sus medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. El Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) le brinda más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y sobre cómo puede ayudarlo a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

Un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* también está disponible a pedido. Para recibir un ejemplar, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para nuestro plan

Sección 4.1 ¿Cuál es el monto de su prima del plan?

Usted no debe pagar una prima mensual del plan por separado para su plan. Usted debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (salvo que la pague Medicaid u otro tercero).

En algunos casos, su prima del plan podría ser <u>mayor</u>

En algunos casos, su prima del plan podría ser mayor al monto mencionado en la Sección 4.1. Esta situación se describe a continuación.

- Algunos miembros deben pagar una **sanción por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque mantuvieron su cobertura durante un período ininterrumpido de 63 días o más cuando no tenían una cobertura "acreditable" de medicamentos recetados. ("Acreditable" significa que la cobertura de medicamentos se prevé que pague, en promedio, al menos una cantidad equivalente a la de la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Para estos miembros, la sanción por inscripción tardía de la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. El monto de su prima será la prima mensual del plan más el monto de su sanción por inscripción tardía de la Parte D.

- Si usted debe pagar la sanción por inscripción tardía de la Parte D, el monto de su sanción depende del tiempo que esperó antes de inscribirse en una cobertura de medicamentos o la cantidad de meses que estuvo sin cobertura de medicamentos después de volverse elegible. En el Capítulo 1, Sección 5, se explica la sanción por inscripción tardía de la Parte D.
- Si tiene una sanción por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, podría ser dado de baja del plan.

SECCIÓN 5 ¿Tiene que pagar la "sanción por inscripción tardía" de la Parte D?

Sección 5.1 ¿Qué es la "sanción por inscripción tardía" de la Parte D?

Nota: Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, usted no pagará una sanción por inscripción tardía.

La sanción por inscripción tardía es un monto que se suma a su prima de la Parte D. Es posible que usted deba una sanción por inscripción tardía de la Parte D si en algún momento después de que termine su período inicial de inscripción hay un período de 63 días seguidos o más en los que usted no tuvo cobertura de medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura acreditable. La "cobertura de medicamentos recetados acreditable" es aquella cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se prevé que esta pague, en promedio, al menos una cantidad equivalente a la de la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El monto de la sanción depende de cuánto tiempo esperó para inscribirse en un plan de cobertura de medicamentos recetados acreditable, en cualquier momento después de finalizar el período de inscripción inicial o de la cantidad de meses calendario que estuvo sin cobertura de medicamentos recetados acreditable. Tendrá que pagar esta sanción durante el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando usted se inscribe en nuestro plan, le informamos el monto de la sanción. Su sanción por inscripción tardía de la Parte D se considera la prima de su plan.

Sección 5.2 ¿Cuál es el monto de la "sanción por inscripción tardía" de la Parte D?

Medicare determina el monto de la sanción. Funciona de la siguiente forma:

- Primero cuente la cantidad de meses completos que tardó en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para inscribirse. O bien, puede contar la cantidad de meses completos durante los cuales no tuvo cobertura de medicamentos recetados acreditable, si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La sanción es del 1% por cada mes en que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo: si se queda sin cobertura durante 14 meses, la sanción será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior. Para el año 2018, este monto de la prima promedio es de $35.02.
- Para calcular su sanción mensual, usted multiplica el porcentaje de la sanción y la prima mensual promedio y luego lo redondea al décimo más cercano. En el ejemplo de aquí sería 14% multiplicado por $35.02, que es igual a $4.90. Esto se redondea a $4.90. Este monto se agregaría **a la prima mensual para alguien con una sanción por inscripción tardía de la Parte D.**

Existen tres aspectos importantes para tener en cuenta sobre esta sanción por inscripción tardía de la Parte D mensual:

- Primero, **la sanción puede cambiar cada año,** porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determinado por Medicare) aumenta, su sanción aumentará.
- Segundo, **continuará pagando una sanción** todos los meses durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la sanción por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su sanción por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tiene cobertura posteriormente a su período de inscripción inicial por envejecer en Medicare.

Sección 5.3 En algunas situaciones, puede realizar una inscripción tardía y no tener que pagar la sanción

Incluso si realizó una inscripción tardía en un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, algunas veces no tiene que pagar la sanción por inscripción tardía.

Usted no tendrá que pagar una sanción por inscripción tardía si se encuentra en cualquiera de estas situaciones:

- Si usted ya cuenta con una cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Medicare se refiere a esto como **"cobertura de medicamentos acreditable".** Tenga en cuenta:
  - La cobertura acreditable podría incluir la cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato anterior, TRICARE o el Departamento de Veteran Affairs. Su asegurador o su departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar en una carta o incluirse en un boletín informativo del plan. Guarde esta información porque puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
    - Tenga en cuenta: Si recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando finaliza su cobertura de salud, puede no significar que su cobertura de medicamentos recetados era acreditable. La notificación debe establecer que usted tenía cobertura de medicamentos recetados "acreditable" que preveía pagar la misma cantidad que el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
  - Las siguientes *no* son coberturas de medicamentos recetados acreditables: tarjetas de descuento de medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuento de medicamentos.
  - Para obtener información adicional sobre la cobertura acreditable, consulte el Manual *Medicare y Usted 2018* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero estuvo sin ella durante menos de 63 días seguidos.
- Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare.

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su sanción por inscripción tardía de la Parte D?

Si no está de acuerdo con su sanción por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión sobre dicha sanción. Generalmente, debe solicitar esta revisión **en el plazo de los 60 días** a partir de la fecha que figura en la carta que recibió, la cual le indica que tiene que pagar una sanción por inscripción tardía. Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

SECCIÓN 6 ¿Tiene que pagar un monto adicional de la Parte D debido a su ingreso?

Sección 6.1 ¿Quién paga un monto adicional de la Parte D debido a su ingreso?

La mayoría de las personas pagan una prima estándar mensual de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan un monto adicional debido a su ingreso anual. Si su ingreso es de $85,000 o más para una persona (o personas casadas que se presentan por separado) o $170,000 o más para parejas casadas, debe pagar un monto adicional directamente al gobierno por su cobertura de la Parte D de Medicare.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será el monto adicional y cómo pagarlo. El monto adicional será retenido de su cheque del Seguro Social, Railroad Retirement Board u Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo generalmente paga su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar el monto extra al gobierno. No puede pagarse con su prima mensual del plan.**

Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (modified adjusted gross income, MAGI) según lo informado en su declaración de ingresos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) es por encima de un cierto monto, pagará un monto adicional además de su prima mensual del plan.

El cuadro a continuación muestra el monto adicional basado en su ingreso.

Si presentó una declaración de ingresos individual y su ingreso en 2016 fue:	Si estaba casado, pero presentó una declaración de ingresos por separado y su ingreso en 2016 fue:	Si presentó una declaración de ingresos conjunta y su ingreso en 2016 fue:	Este es el costo mensual de su monto adicional de la Parte D (que deberá pagar además de su prima del plan)
Igual o menor a $85,000	Igual o menor a $85,000	Igual o menor a $170,000	$0
Mayor de $85,000, y menor o igual a $107,000		Mayor de $170,000, y menor o igual a $214,000	$13.00
Mayor de $107,000, y menor o igual a $133,500		Mayor de $214,000, y menor o igual a $267,000	$33.60
Mayor de $133,500, y menor o igual a $160,000		Mayor de $267,000, y menor o igual a $320,000	$54.20
Mayor de $160,000	Mayor de $85,000	Mayor de $320,000	$74.80

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional debido a su ingreso, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 6.4 ¿Qué sucede si no paga el monto adicional de la Parte D?

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si debe pagar el monto adicional y no lo hace, será dado de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 de arriba, para ser elegible para nuestro plan, debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare. Por ese motivo, algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para la Parte A sin prima) pagan una prima para la Parte A de Medicare. y la mayoría de los miembros del plan pagan una prima para la Parte B de Medicare. **Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Algunas personas pagan un monto adicional para la Parte D debido a su ingreso anual. Esto se conoce como montos de ajuste mensual relacionados con el ingreso (IRMAA por su sigla en inglés). Si sus ingresos son mayores a $85,000 o más para una persona (o personas casadas que se presentan por separado) o mayores a $170,000 o más para parejas casadas, **debe pagar un monto adicional directamente al gobierno (no al plan de Medicare)** por su cobertura de la Parte D de Medicare.

- **Si debe pagar el monto adicional y no lo hace, será dado de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**
- Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta informándole cuál será el monto adicional.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D con base en el ingreso, consulte el Capítulo 1, Sección 6 de este libro. También puede visitar el sitio web https://www.medicare.gov o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y Usted 2018* brinda información sobre las primas de Medicare en la sección denominada “Costos de Medicare 2018”. Esto explica cómo las primas de la Parte B y Parte D de Medicare varían para las personas con diferentes ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben un ejemplar del manual *Medicare y Usted* cada otoño. Los nuevos usuarios de Medicare lo reciben en un plazo de un mes después de su primera inscripción. También puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2018* del sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Si debe pagar una sanción por inscripción tardía de la Parte D, existen varias formas en las que puede pagar la sanción

Si paga una sanción por inscripción tardía de la Parte D, existen tres maneras de pago de su sanción. Seleccione su opción de pago de la sanción por inscripción tardía cuando complete el formulario de inscripción. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para informarnos qué opción escogió o si desea realizar un cambio.

Si decide cambiar la forma de pago de su sanción por inscripción tardía de la Parte D su nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Durante el proceso de su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que su sanción por inscripción tardía de la Parte D se pague puntualmente.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Su sanción por inscripción tardía de la Parte D vence mensualmente; sin embargo, si lo prefiere, puede pagarla en forma trimestral o anual. Puede decidir pagar su sanción por inscripción tardía de la Parte D directamente a nuestro plan. Debe enviarnos su cheque o giro postal pagadero a Cigna-HealthSpring hasta el último día del mes. Incluya su número de identificación de miembro en el cheque. No emita su cheque pagadero a Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) o al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS). El pago debe enviarse a Cigna-HealthSpring, P.O. Box 847990, Dallas, TX 75284-7990. Los pagos enviados a una dirección de correo de Cigna-HealthSpring diferente, retrasarán el procesamiento del pago.

Opción 2: Puede pagar mediante débitos mensuales automáticos desde su cuenta bancaria

En lugar de pagar con cheque, puede hacer que se debite automáticamente su sanción por inscripción tardía de la Parte D desde su cuenta bancaria. Para que su sanción por inscripción tardía se debite de su cuenta bancaria mediante una transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT), comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente. El Servicio de Atención al Cliente le enviará un Formulario para transferencias electrónicas de fondos, a fin de que lo complete y lo devuelva en un sobre con franqueo pago. Deduciremos su sanción por inscripción tardía de la Parte D de forma automática el día 15 de cada mes o alrededor de dicha fecha (si el día 15 cae en fin de semana, la deducción se realizará al día laboral siguiente).

Opción 3: Puede solicitar que le descuenten la sanción por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social

Puede solicitar que le descuenten la sanción por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar su sanción de esta forma. Nos complacerá ayudarlo a establecer esta opción. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

Qué debe hacer si tiene problemas para pagar su sanción por inscripción tardía

Su sanción por inscripción tardía de la Parte D vence en nuestra oficina el último día del mes.

Si tiene problemas para pagar su sanción por inscripción tardía de la Parte D a tiempo, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para ver si podemos guiarle a los programas que le ayudarán con su sanción. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No estamos autorizados a comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año próximo, le informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que necesite comenzar a pagar o que deje de pagar una sanción por inscripción tardía. (La sanción por inscripción tardía puede aplicarse si tuvo un período continuo de 63 días o más sin tener una cobertura de medicamentos recetados "acreditable"). Esto podría suceder si califica para el programa "Ayuda adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa "Ayuda adicional" durante el año:

- Si actualmente paga la sanción por inscripción tardía de la Parte D y es elegible para la "Ayuda adicional" durante el año, podría dejar de pagar la sanción.
- Si usted pierde su subsidio por bajos ingresos ("Ayuda adicional"), puede estar sujeto a la penalidad por inscripción tardía de la Parte D si en algún momento no mantuvo su cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más.

Puede obtener más información sobre el programa "Ayuda adicional" en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Sección 8.1 Cómo ayudar a garantizar que contamos con información precisa sobre usted

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria/Grupo médico/Asociación de Médicos Independientes (Independent Physician Association, IPA). Un Grupo médico es una asociación de proveedores de atención primaria (PCP), especialistas y/o proveedores auxiliares, como terapeutas y radiólogos. Una Asociación de Médicos Independientes, o IPA, es un grupo de médicos de atención primaria y especializada que trabajan juntos en la coordinación de sus necesidades médicas.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan necesitan contar con información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de participación en los costos para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (tal como de su empleador, empleador de su cónyuge, compensación para los trabajadores o Medicaid)
- Si tiene alguna demanda de responsabilidad, tal como demandas por un accidente automovilístico
- Si ingresó en una residencia de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencia fuera de la red o fuera del área
- Si su parte responsable designada (tal como su cuidador) cambia
- Si participa en un estudio de investigación clínica

Si alguna de esta información cambia, infórmenos llamando al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

También es importante que se contacte con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Lea la información que le enviamos sobre cualquier otra cobertura de seguro que tenga
Medicare requiere que reunamos información suya sobre cualquier otra cobertura de seguro médico y/o de medicamentos que tenga. Eso se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios conforme a nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez al año, y también cuando Medicare nos informa sobre los cambios en su otra cobertura de seguro, le enviaremos una carta junto con un cuestionario para confirmar la otra cobertura de seguro. Complete el cuestionario y envíenoslo o llame al Servicio de Atención al Cliente para informarnos si aún cuenta con la otra cobertura de seguro o ha finalizado. Si usted tiene otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que no figure en la carta, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para informarnos cuál es la otra cobertura (el número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente está impreso en la contraportada de este libro).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de sus registros médicos e información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo requerido por estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información de salud personal, consulte el Capítulo 8, Sección 1.4 de este libro.

SECCIÓN 10 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador primario” y paga hasta los límites de su

cobertura. El que paga segundo, denominado “pagador secundario”, solamente paga si quedaron costos no cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

Estas reglas se aplican para la cobertura del plan de salud grupal del sindicato o empleador:

- Si tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo o en el empleo actual de un familiar, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de gente empleada por su empleador y de si usted tiene Medicare sobre la base de la edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
  - Si tiene menos de 65 años, padece una discapacidad y usted o su familiar todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 100 empleados.
  - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

- Seguro contra todo riesgo (incluso seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluso seguro de automóvil)
- Beneficios para silicosis
- Compensación de los trabajadores

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

Si tiene otro seguro, infórmelo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o necesita actualizar la información de su otro seguro, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). Es posible que necesite dar su número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez confirmada su identidad), así sus facturas se pagan correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos del plan**
(cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente del plan) **18**

SECCIÓN 2 **Medicare**
(cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) **23**

SECCIÓN 3 **Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud**
(ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare) **24**

SECCIÓN 4 **Organización para la mejora de la calidad**
(pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención para las personas con Medicare) **24**

SECCIÓN 5 **Seguro Social** **25**

SECCIÓN 6 **Medicaid**
(un programa estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos para algunas personas con ingresos y recursos limitados) **25**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados** **26**

SECCIÓN 8 **Cómo comunicarse con la Railroad Retirement Board** (Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios) **29**

SECCIÓN 9 **¿Usted tiene "seguro grupal" u otro seguro de salud de un empleador?** **29**

SECCIÓN 1 Contactos del plan
(cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente del plan)

Cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan
Para obtener asistencia con preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de miembros, llame o escriba al Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan. Nos complacerá ayudarlo.

Medio	Servicio de Atención al Cliente - Información de contacto
TELÉFONO	1-800-668-3813 Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Atención al Cliente se encuentra disponible desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; sábado de 8 a.m. a 6 p.m., hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana después del horario laboral y en los feriados federales. El Servicio de Atención al Cliente cuenta también con servicio gratuito de intérprete de idiomas para aquellas personas que no hablan inglés.
TTY	711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Atención al Cliente se encuentra disponible desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; sábado de 8 a.m. a 6 p.m., hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana después del horario laboral y en los feriados federales.
FAX	1-888-766-6403
CORREO POSTAL	Cigna-HealthSpring, Attn: Member Services, P.O. Box 2888, Houston, TX 77252 LetUsHelpYou@healthspring.com
SITIO WEB	www.cignahealthspring.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura acerca de su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Medio	Decisiones de cobertura para la atención médica - Información de contacto
TELÉFONO	1-800-668-3813 Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Atención al Cliente se encuentra disponible desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; sábado de 8 a.m. a 6 p.m., hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana después del horario laboral y en los feriados federales.
TTY	711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Atención al Cliente se encuentra disponible desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; sábado de 8 a.m. a 6 p.m., hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana después del horario laboral y en los feriados federales.
FAX	1-888-586-9946
CORREO POSTAL	Cigna-HealthSpring, Attn: Precertification Department, P.O. Box 20002, Nashville, TN 37202

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Medio	Apelaciones para atención médica - Información de contacto
TELÉFONO	1-800-511-6943 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes de 7 a.m. a 9 p.m., hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana después del horario laboral y en los feriados federales.
TTY	711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes de 7 a.m. a 9 p.m., hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana después del horario laboral y en los feriados federales.
FAX	1-800-931-0149
CORREO POSTAL	Cigna-HealthSpring, Attn: Part C Appeals, P.O. Box 24087, Nashville, TN 37202-4087

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica

Puede realizar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, incluidas las quejas sobre la calidad de su atención médica. Este tipo de queja no implica disputas sobre pagos o cobertura. (Si su problema se trata del pago o cobertura del plan, debe consultar la sección de arriba sobre cómo hacer una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Medio	Quejas sobre su atención médica - Información de contacto
TELÉFONO	1-800-668-3813 Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Atención al Cliente se encuentra disponible desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; sábado de 8 a.m. a 6 p.m., hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana después del horario laboral y en los feriados federales.
TTY	711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Atención al Cliente se encuentra disponible desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; sábado de 8 a.m. a 6 p.m., hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana después del horario laboral y en los feriados federales.
CORREO POSTAL	Cigna-HealthSpring, Attn: Member Grievances, P.O. Box 2888, Houston, TX 77252
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus medicamentos cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Medio	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto
TELÉFONO	1-800-668-3813 Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Atención al Cliente se encuentra disponible desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; sábado de 8 a.m. a 6 p.m., hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana después del horario laboral y en los feriados federales.
TTY	711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Atención al Cliente se encuentra disponible desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; sábado de 8 a.m. a 6 p.m., hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana después del horario laboral y en los feriados federales.
FAX	1-866-845-7267
CORREO POSTAL	Cigna-HealthSpring, Attn: Coverage Determination & Exceptions, P.O. Box 20002, Nashville, TN 37202
SITIO WEB	www.cignahealthspring.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Medio	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto
TELÉFONO	1-800-668-3813 Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Atención al Cliente se encuentra disponible desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; sábado de 8 a.m. a 6 p.m., hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana después del horario laboral y en los feriados federales.
TTY	711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Atención al Cliente se encuentra disponible desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; sábado de 8 a.m. a 6 p.m., hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana después del horario laboral y en los feriados federales.
FAX	1-866-593-4482
CORREO POSTAL	Cigna-HealthSpring, Attn: Part D Appeals, P.O. Box 24207, Nashville, TN 37202-9910
SITIO WEB	www.cignahealthspring.com

Cómo contactarse con nosotros cuando está presentando una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Puede realizar una queja sobre nosotros o una de nuestras farmacias de la red, incluidas las quejas sobre la calidad de su atención médica. Este tipo de queja no implica disputas sobre pagos o cobertura. (Si su problema se trata del pago o cobertura del plan, debe consultar la sección de arriba sobre cómo hacer una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Medio	Quejas sobre los medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto
TELÉFONO	1-800-668-3813 Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Atención al Cliente se encuentra disponible desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; sábado de 8 a.m. a 6 p.m., hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana después del horario laboral y en los feriados federales.
TTY	711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Atención al Cliente se encuentra disponible desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; sábado de 8 a.m. a 6 p.m., hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana después del horario laboral y en los feriados federales.
CORREO POSTAL	Cigna-HealthSpring, Attn: Member Grievances, P.O. Box 2888, Houston, TX 77252
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

Para obtener más información sobre situaciones en las que posiblemente necesite solicitarnos un reembolso o pagar una factura que usted ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 7 *(Cómo solicitar que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos).*

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

Medio	Solicitudes de pago - Información de contacto
CORREO POSTAL	**Parte C (Servicios médicos)** Cigna-HealthSpring, Attn: Medical Claims, P.O. Box 981706, El Paso, TX 79998 **Parte D (Medicamentos recetados)** Cigna-HealthSpring, Attn: DMR, P.O. Box 20002, Nashville, TN 37202
SITIO WEB	www.cignahealthspring.com

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (algunas veces, denominados "CMS"). Esta agencia celebra contratos con las organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Medio	Medicare - Información de contacto
TELÉFONO	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	https://www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y los temas actuales de Medicare. Además, tiene información sobre hospitales, residencias de ancianos, médicos, agencias de servicios médicos domiciliarios y centros de diálisis. Incluye libros que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad de Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** Proporciona la información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** Brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare disponibles, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (Seguro suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan una *estimación* de lo que podrían ser sus costos directos en los diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare acerca de las quejas que pueda tener sobre nuestro plan: • **Informar a Medicare sobre su queja:** Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, su centro para personas de la tercera edad o biblioteca local pueden ayudarlo a visitar este sitio web utilizando la computadora de ellos. O bien puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud

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

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Texas, el SHIP se llama Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP).

Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP) es independiente (no está vinculado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus derechos relacionados con Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médicos y a resolver problemas acerca de sus facturas de Medicare. Los asesores de Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP) también pueden ayudarle a comprender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

Medio	Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP) - Información de contacto
TELÉFONO	1-800-252-3439
CORREO POSTAL	Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP), Texas Department of Insurance, P.O. Box 149104, Austin, TX 78714-9104
SITIO WEB	http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

(pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención para las personas con Medicare)

Existe una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En el caso de Texas, la Organización para la mejora de la calidad se llama KEPRO.

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que controle y ayude a mejorar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención médica que recibió.
- Cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Cree que la cobertura para sus servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada o de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

Medio	KEPRO (Organización para la mejora de la calidad de Texas) - Información de contacto
TELÉFONO	1-844-430-9504 El horario es de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., fines de semana y feriados de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.
CORREO POSTAL	KEPRO, 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar la inscripción para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y residentes permanentes legales mayores de 65 años o aquellos que tienen una discapacidad o padecen de enfermedad renal en etapa terminal y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción para Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D porque tiene un ingreso mayor. Si recibe una carta del Seguro Social que le informa que tiene que pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si su ingreso bajó debido a un evento crucial, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se contacte con el Seguro Social para informarles.

Medio	Seguro Social - Información de contacto
TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios automatizados de teléfono del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas transacciones las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

(un programa estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos para algunas personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid.

Además, hay programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorro de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y otra participación en los costos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificados (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona calificada (Qualified Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas que trabajan y padecen una discapacidad calificada (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para recibir más información acerca de Medicaid y sus programas, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Medio	Texas Health and Human Services Commission (Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas) - Información de contacto
TELÉFONO	1-512-424-6500 o 1-800-252-8263 El horario es de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 5:30 p.m.
TTY	1-800-735-2989 Para llamar a este número se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.
CORREO POSTAL	Texas Health and Human Services Commission, Brown-Heatly Building, 4900 N. Lamar Boulevard, Austin, TX 78751-2316
SITIO WEB	https://yourtexasbenefits.hhsc.texas.gov/

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

Programa "Ayuda adicional" de Medicare

Medicare brinda una "Ayuda adicional" para pagar los costos de los medicamentos recetados a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y existencias, pero no su hogar o automóvil. Si reúne los requisitos, obtiene ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de medicamentos recetados de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta "Ayuda adicional" también se toma en cuenta para calcular sus costos directos.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden reunir los requisitos para recibir la "Ayuda adicional". Algunas personas reúnen los requisitos para la "Ayuda adicional" automáticamente y no necesitan solicitarla. Medicare les envía por correo una carta a las personas que automáticamente reúnen los requisitos para recibir la "Ayuda adicional".

Es posible que usted pueda obtener "Ayuda adicional" para pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados. Para saber si reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional", llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana;
- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, desde las 7 a.m. hasta las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- A su oficina estatal de Medicaid (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si cree que reúne los requisitos para la "Ayuda adicional" y considera que está pagando un monto incorrecto de participación en los costos cuando adquiere sus medicamentos recetados en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago correcto o, si ya tiene la evidencia, para que nos proporcione dicha evidencia.

- Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para solicitar asistencia o proporcionar uno de los documentos que se enumeran a continuación para establecer su nivel de copago correcto. Tenga en cuenta que los documentos que se enumeran a continuación deben demostrar que usted reunió los requisitos para Medicaid durante un mes después de junio del año anterior:
  1. Una copia de su tarjeta de Medicaid que incluya su nombre, fecha de elegibilidad y nivel de estado;
  2. Un informe de contacto que incluya la fecha en que se realizó la llamada de verificación a la Agencia de Medicaid estatal y el nombre, cargo y número de teléfono del miembro del personal estatal que verificó el estado de Medicaid;
  3. Una copia de un documento estatal que confirme el estado activo en Medicaid;
  4. Una impresión del archivo de inscripción estatal en formato electrónico que demuestre el estado de Medicaid;
  5. Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del Estado que demuestre el estado de Medicaid;
  6. Otra documentación provista por el Estado que demuestre el estado de Medicaid;
  7. Una Notificación de adjudicación del Ingreso de seguridad suplementario (Supplemental Security Income, SSI) con la fecha de vigencia; o bien
  8. Una carta de Información importante de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) que confirme que usted es "... elegible automáticamente para obtener Ayuda adicional..."

- Si usted es un miembro que se encuentra internado en alguna institución, proporcione uno o más de los siguientes elementos:
  1. Un comprobante de pago de un centro de cuidados a largo plazo que demuestre los pagos de Medicaid durante un mes calendario completo;
  2. Una copia de un documento estatal que confirme los pagos de Medicaid en su nombre a un centro de cuidados a largo plazo durante un mes calendario completo;
  3. Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del Estado que demuestre su estado institucional sobre la base de al menos una estadía de un mes calendario completo con fines de pago a Medicaid.
  4. Para las personas que reciben servicios con base en el hogar y la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS), puede presentar una copia de:
     a) Una Notificación de acción, Notificación de determinación o Notificación de inscripción emitida por el Estado que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad de HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
     b) Un plan de servicios de HCBS aprobado por el estado que incluya el nombre del beneficiario y el comienzo de la fecha de entrada en vigencia durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
     c) Una carta de aprobación de autorización previa emitida por el estado para HCBS que incluya el nombre del beneficiario y el comienzo de la fecha de entrada en vigencia durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
     d) Otra documentación proporcionada por el estado que muestre el estado de elegibilidad de HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior; o bien.
     e) Un documento emitido por el estado, como un comprobante de pago, que confirme el pago de HCBS, que incluya el nombre del beneficiario y las fechas de HCBS.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando adquiera su próximo medicamento recetado en la farmacia. Si paga una suma que supere el copago, se la reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto del pago en exceso o le compensaremos copagos futuros. Si la farmacia no ha cobrado un copago suyo y lo considera una deuda que usted debe pagar, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos efectuar el pago directamente a ese estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Programa de descuento para período sin cobertura de Medicare

El Programa de descuento para período sin cobertura de Medicare brindará descuentos de fabricantes en los medicamentos de marca para los miembros de la Parte D que hayan alcanzado el período sin cobertura y no reciban “Ayuda adicional”. Para medicamentos de marca, el 50% de descuento brindado por los fabricantes no incluye ninguna tarifa de envío para los costos durante el período sin cobertura. Los miembros deben pagar el 35% del precio negociado y una parte de la tarifa de envío por los medicamentos de marca.

Si alcanza el período sin cobertura, aplicaremos el descuento de forma automática cuando su farmacia le facture el medicamento recetado, y su Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) mostrará los descuentos otorgados. El monto que usted paga y el monto descontado por el fabricante se tomarán en cuenta para calcular sus costos directos como si usted hubiera pagado estos montos, y lo avanzará a través del período sin cobertura. El monto pagado por el plan (15%) no se toma en cuenta para sus costos directos.

También recibe alguna cobertura para medicamentos genéricos. Si alcanza el período sin cobertura, el plan paga el 56% del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 44% restante del precio. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (56%) no se toma en cuenta para sus costos directos. Solamente el monto que usted paga se toma en cuenta y así avanza en el período sin cobertura. Además, la tarifa de envío está incluida como parte del costo del medicamento.

El Programa de descuento para período sin cobertura de Medicare se encuentra disponible en todo el país. Debido a que nuestro plan ofrece un período sin cobertura adicional durante la Etapa de período sin cobertura, sus costos directos a veces serán más bajos que los costos descritos aquí. Consulte el Capítulo 6, Sección 6, para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa de período sin cobertura.

Si desea hacer preguntas sobre la disponibilidad de los descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de descuento para período sin cobertura de Medicare en general, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

¿Qué sucede si tiene cobertura de un programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?
Si usted está inscrito en un programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) o en cualquier otro programa que brinde cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea "Ayuda adicional"), sigue teniendo un 50% de descuento en medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 15% de los costos de medicamentos de marca durante el período sin cobertura. El descuento del 50% y el 15% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP o cualquier cobertura.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)?
¿Qué es un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)?
El programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a los individuos que son elegibles para el programa ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan sus vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de participación en los costos de medicamentos recetados a través del programa Texas HIV Medication Program. Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opere en su estado, los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluso una prueba de residencia en el estado y condición de VIH, bajos ingresos tal como lo define el estado y no contar con seguro o estar infra asegurado.

Si usted actualmente está inscrito en un ADAP, puede continuar brindándole asistencia de participación en los costos para medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los medicamentos del formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique al empleado de inscripción al ADAP local sobre cualquier cambio en el nombre o número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse al programa, comuníquese con el programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) de su estado al número de teléfono que figura a continuación.

Medio	Texas HIV Medication Program - Información de contacto
TELÉFONO	1-800-255-1090 El horario es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
CORREO POSTAL	Texas HIV Medication Program, MSJA, MC 1873, P.O. Box 149347, Austin, TX 78714-9347
SITIO WEB	http://www.dshs.state.tx.us/hivstd/default.shtm

¿Qué sucede si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos recetados? ¿Puede obtener los descuentos?
No. Si recibe "Ayuda adicional", ya obtiene cobertura para los costos de sus medicamentos recetados durante el período sin cobertura.

¿Qué sucede si no obtiene un descuento y usted considera que debería tenerlo?
Si cree que alcanzó el período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar su próxima notificación de *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de medicamentos recetados sean correctos y estén actualizados. Si no estamos de acuerdo en que le adeudamos un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda presentando una apelación del Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas estatales de ayuda farmacéutica

Muchos estados cuentan con programas estatales de ayuda farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar por los medicamentos recetados según la necesidad económica, edad, condición médica o discapacidades. Cada estado tiene diferentes reglas para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Texas, el Programa estatal de ayuda farmacéutica es el Programa para Atención de Salud Renal (Kidney Health Care Program).

Medio	Kidney Health Care Program (Texas' State Pharmaceutical Assistance Program) – Información de contacto
TELÉFONO	1-512-776-7150 o 1-800-222-3986 El horario es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
CORREO POSTAL	Kidney Health Care Program, Specialty Health Care Services, MC 1938, P.O. Box 149347, Austin, TX 78714
SITIO WEB	http://dshs.texas.gov/kidney/default.shtm

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Railroad Retirement Board (Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios)

La Railroad Retirement Board es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios nacionales y sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de la Railroad Retirement Board, comuníquese con la agencia.

Si usted recibe Medicare a través de la Railroad Retirement Board, es importante que les informe si se muda o si cambia su dirección postal.

Medio	Railroad Retirement Board - Información de contacto
TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., de lunes a viernes. Si tiene un teléfono de tono, los servicios automatizados y la información grabada están disponibles las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Usted tiene "seguro grupal" u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del sindicato/empleador o al Servicio de Atención al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar por su período de inscripción, primas o beneficios médicos de su grupo de jubilados o empleador (o de su cónyuge). (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su grupo de jubilados o empleador (o de su cónyuge), comuníquese **con el administrador de beneficios de dicho grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo recibir su atención médica cubierta como miembro de nuestro plan 32
Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"? 32
Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su atención médica cubierta por el plan 32

SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red del plan para recibir su atención médica 33
Sección 2.1 Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le proporcione y supervise su atención médica 33
Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin tener la aprobación por adelantado de su PCP? 33
Sección 2.3 Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red 34
Sección 2.4 Cómo obtener atención médica de proveedores fuera de la red 35

SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una urgencia, o durante un desastre 35
Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica 35
Sección 3.2 Cómo recibir atención médica cuando tiene una necesidad urgente de servicios médicos 36
Sección 3.3 Cómo recibir atención médica durante un desastre 36

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente por el costo total de sus servicios cubiertos? 36
Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos 36
Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total 36

SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando se encuentra en un "estudio de investigación clínica"? 37
Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"? 37
Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué? 37

SECCIÓN 6 Reglas para obtener cobertura de atención en una "institución religiosa de cuidados de salud no médica" 38
Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de cuidados de salud no médica? 38
Sección 6.2 ¿Qué atención brindada por una institución religiosa de cuidados de salud no médica está cubierta por nuestro plan? 38

SECCIÓN 7 Reglas para la adquisición del equipo médico duradero 39
Sección 7.1 ¿El equipo médico duradero será de su propiedad después de realizar cierta cantidad de pagos en nuestro plan? 39

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo recibir su atención médica cubierta como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica qué necesita saber para utilizar su plan para recibir cobertura por su atención médica. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que necesita seguir para obtener los tratamientos, servicios y otras formas de atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener los detalles de la atención médica que está cubierta por nuestro plan y cuánto paga usted cuando obtiene esta atención, utilice el cuadro de beneficios que se encuentra en el próximo capítulo, Capítulo 4, *(Cuadro de beneficios médicos: qué está cubierto y qué debe pagar)*.

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

Las siguientes son algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender cómo obtener la atención médica y los servicios cubiertos en su caso como miembro de nuestro plan:

- Los "**proveedores**" son médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para proporcionar atención y servicios médicos. El término "proveedores" también incluye los hospitales y otros centros de atención médica.
- Los "**proveedores de la red**" son médicos y otros profesionales de atención médica, grupos de médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su participación en los costos del plan como pago total. Hemos acordado que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan. Cuando usted consulta a un proveedor de la red, paga solo su parte de los costos por sus servicios.
- Los "**servicios cubiertos**" incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros y equipos cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se enumeran en el cuadro de beneficios que se encuentra en el Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su atención médica cubierta por el plan

Como un plan de salud de Medicare, nuestro plan debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

Nuestro plan generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención médica que reciba esté incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (el cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este libro).
- **La atención médica que reciba se considere necesaria médicamente.** "Médicamente necesaria" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con las normas aceptadas de práctica médica.
- **Usted tenga un proveedor de atención primaria (un PCP) de la red que le esté proporcionando y supervisando su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe otorgarle la aprobación por adelantado antes de que usted pueda usar otros proveedores en la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Esto se denomina darle una "remisión". Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También existen otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención médica de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. *A continuación le presentamos tres excepciones*:
  - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y para saber el significado de atención de emergencia o servicios de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.

- ○ Si necesita atención médica por la que Medicare le exige cobertura a nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionarle esta atención, puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener autorización del plan antes de buscar atención médica. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si hubiese recibido la atención médica de un proveedor de la red. Para recibir información sobre cómo obtener la aprobación para ver un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
- ○ El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicios del plan.

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

Sección 2.1 Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le proporcione y supervise su atención médica

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

Cuando usted se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su médico de atención primaria (PCP). Su PCP es un médico cuya especialidad es medicina familiar, medicina interna, medicina general, medicina geriátrica o pediátrica que reúne los requisitos estatales y está capacitado para brindarle su atención médica básica. Como explicamos a continuación, usted recibirá su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también "coordinará" el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan. Por ejemplo, para consultar a un especialista, primero necesita la aprobación de su PCP (esto se denomina obtener una "remisión" a un especialista). Su PCP proporcionará la mayor parte de su atención y lo ayudará a organizar y coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Esto incluye radiografías, análisis de laboratorio, terapias, atención de médicos especialistas, ingreso en un hospital y atención de seguimiento. "Coordinar" sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención médica y cómo esta se está desarrollando. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener la aprobación por adelantado de su PCP (de la misma manera que le otorga una remisión para consultar a un especialista). En algunos casos, su PCP necesitará obtener nuestra autorización previa (aprobación previa). Como su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted debe haber enviado todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP. En el Capítulo 8 se brinda información sobre cómo protegeremos la privacidad de sus registros médicos y de su información de salud personal.

¿Cómo elige usted a su PCP?

Usted elige a un médico de atención primaria de su *Directorio de farmacias y proveedores*, y llama al Servicio de Atención al Cliente con su selección. El directorio se actualiza continuamente. Por lo tanto, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para asegurarse de que el proveedor esté aceptando pacientes nuevos. El Servicio de Atención al Cliente está disponible para ayudarlo con su elección y a encontrar un médico que satisfaga sus necesidades. El Servicio de Atención al Cliente también puede ayudarlo a verificar si un proveedor se encuentra en nuestra red de médicos. Si existe algún especialista u hospital que usted quiera utilizar, primero verifique para asegurarse de que su PCP haga remisiones a ese especialista o use ese hospital. El nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP están impresos en su tarjeta de membresía.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje de formar parte de la red de proveedores de nuestro plan y usted deba encontrar un nuevo PCP. Tenga en cuenta que cuando cambia de PCP, usted estará limitado a los especialistas y hospitales a quienes lo remita su nuevo PCP. Consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener más detalles.

Su cambio se llevará a cabo el primero del mes siguiente. Para cambiar de PCP, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente. El Servicio de Atención al Cliente confirmará que el PCP al que usted desea cambiarse esté aceptando pacientes nuevos. Cambiaremos su registro de membresía al nuevo PCP y le confirmaremos cuándo entrará en vigencia el cambio a su nuevo PCP. Recibirá una nueva tarjeta de membresía que indique el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin tener la aprobación por adelantado de su PCP?

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

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de senos, mamografías (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que reciba estos servicios de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, contra la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia de proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén accesibles o no estén disponibles temporalmente (por ejemplo, cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicios del plan).
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicios del plan. (De ser posible, llame al Servicio de Atención al Cliente antes de ausentarse del área de servicios, a fin de que podamos ayudarlo a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras se encuentre lejos. Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

Sección 2.3 Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas. A continuación se presentan algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, musculares o de las articulaciones.

Cuando su PCP cree que necesita tratamiento especializado, le proporcionará una remisión (aprobación por adelantado) para consultar con un especialista del plan o ciertos otros proveedores. Para algunos tipos de remisiones, su PCP puede necesitar obtener aprobación por adelantado del plan (esto se denomina obtener "autorización previa"). Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1, para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa o remisión. Es muy importante obtener la remisión (aprobación por adelantado) del PCP antes de consultar a un especialista del plan o a otros proveedores específicos (existen algunas excepciones, las cuales incluyen la atención médica de rutina para mujeres que explicamos anteriormente en esta sección). **Si usted no tiene una remisión (aprobación por adelantado) antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que deba pagar por estos servicios usted mismo.**

Si el especialista quiere que regrese para obtener más atención médica, verifique primero para asegurarse de que la remisión (aprobación por adelantado) que obtuvo de su PCP para la primera visita, cubra más visitas al especialista.

Cuando selecciona un PCP, también está seleccionando una red completa (un grupo específico de proveedores del plan) de especialistas y hospitales a los cuales su PCP lo remitirá. Si existen especialistas u hospitales específicos que desea utilizar, debe averiguar si su PCP envía sus pacientes a estos proveedores. Cada PCP del plan cuenta con ciertos especialistas y hospitales del plan que utiliza para las remisiones. Esto significa que el PCP que elija determinará los especialistas y hospitales que usted puede utilizar. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener detalles con respecto a los especialistas y hospitales que puede utilizar.

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

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Existen algunos motivos por los cuales su proveedor puede dejar el plan pero si su médico o especialista deja su plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare nos exige que le ofrezcamos acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Nos esforzaremos de buena fe por enviarle un aviso al menos 30 días antes de que su proveedor deje nuestro plan, para que usted tenga tiempo de elegir a un nuevo proveedor.
- Lo asistiremos para seleccionar a un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si usted se encuentra realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y nosotros trabajaremos con usted para asegurarlo.
- Si cree que no le hemos ofrecido un proveedor calificado en reemplazo de su proveedor anterior o que su atención no se está administrando de manera adecuada, usted tiene derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista deja su plan, comuníquese con nosotros para que podamos asistirlo para buscar un nuevo proveedor que administre su atención.

Para asistencia, comuníquese al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro), y podrán ayudarlo a escoger un nuevo proveedor en su área. También puede consultar el *Directorio de farmacias y*

proveedores para obtener una lista de todos los proveedores de la red en su área o visitar nuestro sitio web en www.cignahealthspring.com para obtener el *Directorio de farmacias y proveedores*. Cuando elija a un proveedor en su área, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro) y brindarles esta información.

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

Para los servicios cubiertos por Medicare, si usted requiere servicios especializados que no están disponibles de un proveedor en nuestra red, comuníquese con su médico de atención primaria (PCP) para autorización y coordinación de la atención. Los miembros tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red en caso de emergencia o servicios de urgencia fuera del área de servicios. Los servicios de diálisis están cubiertos para los miembros con enfermedad renal en etapa terminal (End Stage Renal Disease, ESRD) que hayan viajado fuera del área de servicios del plan y no puedan acceder a proveedores con contrato para tratar la ESRD.

SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una urgencia, o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una "emergencia médica" y qué debería hacer si tiene una?

Una "**emergencia médica**" se produce cuando usted, o cualquier otra persona que no sea profesional con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica de inmediato para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor agudo o afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Solicite una ambulancia si fuera necesario. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se haya informado a nuestro plan sobre su emergencia.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Llame al Servicio de Atención al Cliente al número gratuito que se encuentra en el reverso de su tarjeta de membresía. Nuestro horario es desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; sábado de 8 a.m. a 6 p.m., hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana después del horario laboral y en los feriados federales. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Además, usted debe llamar a su PCP. El número de teléfono de su PCP se indica en la parte anterior de su tarjeta de membresía.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a una sala de emergencias por otro medio podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este libro.

Su plan cubre emergencias fuera del país. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este libro.

Si tiene una emergencia, nos comunicaremos con los médicos que le proporcionen la atención de emergencia para ayudar a administrar su atención y realizar el seguimiento. Los médicos que le proporcionen la atención de emergencia decidirán cuándo su estado es estable y ya no representa una emergencia médica.

Cuando termine la emergencia, usted tendrá derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su estado continúa estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia está a cargo de proveedores fuera de la red, intentaremos hacer los arreglos para que proveedores de la red se hagan cargo de su atención, tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

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

Algunas veces, puede ser difícil saber si usted tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría buscar atención de emergencia (pensando que su salud se encuentra en grave peligro) y el médico puede decir que no era una emergencia médica

a fin de cuentas. Si resulta que no era una emergencia, siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención médica.

Sin embargo, después de que el médico haya informado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención médica adicional *solo* si usted la recibe de una de las siguientes dos maneras:

- Si acude a un proveedor de la red para recibir la atención médica adicional.
- — *o* — la atención médica adicional que usted recibe se considera "servicios de urgencia" y usted sigue las reglas para recibir estos servicios de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2, que aparece a continuación).

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

¿Qué son los "servicios de urgencia"?

Los "servicios de urgencia" se refieren a una enfermedad, lesión o afección médica imprevista, que no es de emergencia que requiere atención médica de inmediato. Los servicios de urgencia pueden ser prestados por proveedores dentro o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no puede acceder a ellos momentáneamente. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, un empeoramiento inesperado de una afección conocida que tiene.

¿Qué sucede si usted se encuentra en el área de servicios del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención médica?

Usted siempre debe intentar recibir servicios de urgencia de proveedores de la red. No obstante, si los proveedores no están disponibles o no puede acceder a ellos momentáneamente, y no es razonable que espere a recibir atención de un proveedor de la red cuando pueda acceder a la red, cubriremos los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Para obtener una lista de los centros de atención de urgencia en nuestra red, consulte nuestro *Directorio de farmacias y proveedores*. Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener información sobre cómo obtener acceso a los centros de atención de urgencia. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

¿Qué sucede si usted se encuentra <u>fuera</u> del área de servicios del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención médica?

Cuando usted se encuentra fuera del área de servicios y no puede obtener atención médica de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre los servicios de urgencia si usted recibe la atención fuera de los Estados Unidos. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este libro.

Sección 3.3 Cómo recibir atención médica durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de salud y servicios humanos de los EE.UU., o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o de emergencia en su área geográfica, usted continúa teniendo derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web para obtener información sobre cómo recibir atención durante un desastre: www.cigna.com/medicare/disaster-policy.

En general, si usted no puede acceder a un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con una participación en los costos de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, podrá surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

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

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

Si ha pagado más de su parte por servicios cubiertos o si ha recibido una factura por el costo total de servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

Nuestro plan cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, que están enumerados en el Cuadro de beneficios médicos del plan (este cuadro está en el Capítulo 4 de este libro) y son obtenidos de acuerdo con las reglas del plan.

Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se recibieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos alguna atención o servicio médico que usted está considerando, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que usted lo reciba. También tiene derecho a solicitar dicha información por escrito. Si informamos que no cubriremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención médica.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) contiene más información sobre qué debe hacer si quiere que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de todos los servicios que reciba después de que haya agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Por ejemplo, es posible que tenga que pagar el costo completo de cualquier atención que reciba en un centro de enfermería especializada después de que el pago de nuestro plan alcance el límite de beneficios. Una vez que use todo su límite de beneficios, los pagos adicionales que realice por el servicio no cuentan para su máximo costo directo anual. Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente cuando desee saber cuánto límite de beneficio ya ha utilizado.

SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando se encuentra en un "estudio de investigación clínica"?

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?

Un estudio de investigación clínica (también denominado "ensayo clínico") es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, cuán bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ellos prueban medicamentos o procedimientos de atención médica nuevos, solicitando voluntarios que colaboren con el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y a los científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y si es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están disponibles para miembros de nuestro plan. Medicare debe aprobar primero el estudio de investigación. Si usted participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado aún, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare apruebe el estudio, una de las personas que trabaje en el estudio se comunicará con usted para explicarle más acerca del estudio y determinar si usted reúne los requisitos establecidos por los científicos que están realizando el estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con dichos requisitos *y* comprenda plenamente y acepte lo que implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención médica (la atención médica que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que le brindan atención médica como parte del estudio de investigación clínica, *no* tienen que ser necesariamente parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no es necesario que obtenga permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **debe informarnos antes de comenzar a participar en él**.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro) para informar que participará en una investigación clínica y para conocer más detalles específicos sobre qué pagará su plan.

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?

Una vez que se una a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá la cobertura de los artículos y servicios de rutina que usted reciba como parte del estudio, incluidos:

- Habitación y comida por una estadía hospitalaria que Medicare pagaría, incluso si usted no estuviese participando en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico, si este es parte del estudio de investigación.

- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la atención médica nueva.

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre la participación en los costos de Original Medicare y su participación en los costos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio que pagaría si hubiese recibido estos servicios de nuestro plan.

He aquí un ejemplo de cómo funciona la participación en los costos: Supongamos que se le realiza una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. También supongamos que su participación en los costos para esta prueba es de $20 conforme a Original Medicare, pero la prueba costaría $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por la prueba y nosotros pagaríamos los $10 restantes. Esto significa que usted pagaría $10, que es el mismo monto que pagaría conforme a los beneficios de nuestro plan.

Para que podamos pagar nuestra participación en los costos, usted deberá enviar una solicitud de pago. Junto con la solicitud, deberá enviarnos una copia de las notificaciones resumidas de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto adeuda. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar las solicitudes de pago.

Cuando usted forme parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán los siguientes servicios:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el artículo o servicio nuevo que el estudio esté probando, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio, incluso si usted *no* se encontrara en un estudio.
- Artículos y servicios que el estudio le proporcione a usted o a cualquier participante gratuitamente.
- Artículos o servicios proporcionados solo para reunir datos y que no se utilizan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio, si su afección médica normalmente requiriera una sola tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre la inscripción en un estudio de investigación clínica, consultando la publicación "Medicare and Clinical Research Studies" (Medicare y los estudios de investigación clínica) en el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener cobertura de atención en una "institución religiosa de cuidados de salud no médica"

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de cuidados de salud no médica?

Una institución religiosa de cuidados de salud no médica es un centro que proporciona atención para una afección que normalmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas de un miembro, proporcionaremos, en cambio, cobertura de atención en una institución religiosa de cuidados de salud no médica. Puede elegir solicitar atención médica en cualquier momento y por cualquier razón. Este beneficio se proporciona solo para los servicios de internación de la Parte A (servicios de cuidados de salud no médicos). Medicare solamente pagará los servicios de cuidados de salud no médicos proporcionados por instituciones religiosas de cuidados de salud no médicas.

Sección 6.2 ¿Qué atención brindada por una institución religiosa de cuidados de salud no médica está cubierta por nuestro plan?

Para obtener atención por parte de una institución religiosa de cuidados de salud no médica, debe firmar un documento legal que exprese que se opone a consciencia a obtener tratamiento médico que sea "no exceptuado".

- La atención o el tratamiento médico "no exceptuado" es toda atención o tratamiento médico *voluntario* y *no requerido* por ninguna ley local, estatal o federal.
- El tratamiento médico "exceptuado" es atención o tratamiento médico que usted recibe, que *no* es voluntario o que *es requerido* por la ley local, estatal o federal.

Para tener cobertura de nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa de cuidados de salud no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de los servicios que usted recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección médica que le permitiera recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada.
  - *– y –* debe obtener aprobación por adelantado de nuestro plan antes del ingreso en el centro o su estadía no tendrá cobertura.

Se aplican los límites de cobertura de Medicare para pacientes internados (consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Reglas para la adquisición del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿El equipo médico duradero será de su propiedad después de realizar cierta cantidad de pagos en nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos, como equipo de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, caminadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas hospitalarias pedidas por un proveedor para uso en el hogar. Ciertos artículos, como dispositivos protésicos, siempre son propiedad del miembro. El miembro siempre es propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar los copagos por el artículo durante 13 meses. Como miembro de nuestro plan, sin embargo, usted generalmente no será propietario de los artículos del DME alquilados, independientemente de cuántos copagos realice para el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo del DME a usted. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro) para averiguar sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que necesita proporcionar.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo del DME mientras estuvo en nuestro plan, tendrá que realizar 13 pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para ser propietario del artículo. Los pagos que usted realizó mientras estuvo en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo del DME en Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Tendrá que realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de regresar a Original Medicare para ser propietario del artículo. No existen excepciones para este caso cuando regresa a Original Medicare.

CAPÍTULO 4

Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

SECCIÓN 1 Cómo comprender sus costos directos por los servicios cubiertos 42
Sección 1.1 Tipos de costos directos que puede pagar por sus servicios cubiertos 42
Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare? 42
Sección 1.3 Nuestro plan no permite a los proveedores "facturarle el saldo" 42

SECCIÓN 2 Utilice el *Cuadro de beneficios médicos* para saber qué está cubierto para usted y cuánto deberá pagar 43
Sección 2.1 Sus costos y beneficios médicos como miembro del plan 43

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 68
Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones) 68

SECCIÓN 1 Cómo comprender sus costos directos por los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en sus servicios cubiertos y en el monto que paga por sus beneficios médicos. Incluye un Cuadro de beneficios médicos que proporciona una lista de sus servicios cubiertos y le informa cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de nuestro plan. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos directos que puede pagar por sus servicios cubiertos

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, es necesario que conozca los tipos de costos directos que puede pagar por sus servicios cubiertos.

- Un "**copago**" es el monto fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 le informa más sobre sus copagos).
- "**Coseguro**" es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 le informa más sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de mostrar prueba de su elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde. Si cree que le están solicitando que page indebidamente, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

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

Debido a que está inscrito en un Plan de Medicare Advantage, existe un límite respecto del monto de costo directo que tiene que pagar cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos en virtud de la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se denomina monto máximo directo para los servicios médicos.

Como miembro de nuestro plan, el monto máximo que tendrá que pagar de costo directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red en 2018 es $3,400. Los montos que paga por los copagos y coseguros para los servicios cubiertos dentro de la red, cuentan para este monto máximo directo. (Los montos que paga por los medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para su monto máximo directo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para su monto máximo directo. Estos servicios aparecen en letra cursiva en el Cuadro de beneficios médicos). Si usted alcanza el monto máximo directo de $3,400, no tendrá que pagar ningún costo directo durante el resto del año para los servicios cubiertos de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que la pague Medicaid u otro tercero).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite a los proveedores "facturarle el saldo"

Como miembro de nuestro plan, una protección importante para usted es que solamente tiene que pagar su monto de participación en los costos cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores que agreguen cargos por separado adicionales, llamados "facturación del saldo". Esta protección (que usted nunca paga más que su monto de participación en los costos) se aplica, incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra el proveedor por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

A continuación le contamos cómo funciona esta protección.

- Si su participación en los costos es un copago (un monto fijo de dólares, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solamente ese monto por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si su participación en los costos es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende de qué tipo de proveedor consulta:
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determina en el contrato entre el proveedor y el plan).

- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red solamente en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión).
- Si recibe los servicios cubiertos 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. (Recuerde, el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red solamente en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión).

- Si cree que un proveedor le ha "facturado el saldo", llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

SECCIÓN 2 Utilice el *Cuadro de beneficios médicos* para saber qué está cubierto para usted y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus costos y beneficios médicos como miembro del plan

El Cuadro de beneficios médicos que se encuentra en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre nuestro plan y lo que usted debe pagar como costos directos por cada servicio. Los servicios indicados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse conforme a las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluso atención, servicios, suministros y equipo médicos) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con las normas aceptadas de práctica médica.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. En el Capítulo 3, se proporciona más información sobre los requisitos para utilizar proveedores de la red y sobre las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que le está proporcionando y supervisando su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe otorgarle la aprobación por adelantado antes de que usted consulte a otros proveedores en la red del plan. Esto se denomina darle una "remisión". En el Capítulo 3, se brinda más información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no necesita una remisión.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen aprobación por adelantado (a veces denominada "autorización previa") de nosotros. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están indicados en negrita en el Cuadro de beneficios médicos.

Otros puntos importantes que usted debe conocer sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, paga *menos*. (Si desea conocer más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2018*. Puede verlo en Internet en https://www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo bajo Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también es tratado o controlado por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención médica recibida por la afección médica existente.
- Algunas veces, Medicare agrega cobertura en Original Medicare para servicios nuevos durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algunos servicios durante 2018, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirán estos servicios.

Verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.

Cuadro de beneficios médicos

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Una única ecografía de detección para las personas en riesgo. El plan cubre solamente este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para los miembros elegibles para este examen preventivo.
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre, aéreo rotativo y fijo, hacia el centro médico adecuado más cercano que pueda proporcionar atención médica si se proporciona a un miembro cuya afección médica sea tal, que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si son autorizados por el plan. • El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es adecuado si se documenta que la afección del miembro es tal, que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente requerido.	**Pueden aplicarse reglas de autorización para servicios de ambulancia que no sean de emergencia.** $245 de copago por cada viaje de ambulancia terrestre de ida o de vuelta cubierto por Medicare. 20% de coseguro para cada viaje de ambulancia aérea de ida o de vuelta cubierto por Medicare.
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una consulta anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado, sobre la base de su salud actual y los factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera consulta anual de bienestar no puede llevarse a cabo en el plazo de los 12 meses de su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de “Bienvenida a Medicare” para estar cubierto para una consulta anual de bienestar, después de tener la Parte B durante 12 meses.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para la consulta anual de bienestar.
Densitometría ósea Para personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o más frecuentemente si fueran médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad de los huesos, incluida la interpretación médica de los resultados.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para la densitometría ósea cubierta por Medicare.
Exámenes de detección del cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de senos una vez cada 24 meses	No hay coseguros, copagos ni deducibles para mamografías cubiertas.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen ciertas condiciones con una remisión del médico. El plan también cubre los programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que generalmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. Cigna-HealthSpring ofrece un programa para la insuficiencia cardíaca congestiva (Congestive Heart Failure, CHF) a aquellos miembros que califiquen; se aplicarán limitaciones. Cigna-HealthSpring ofrece una variedad de programas de control de enfermedades (Disease Management, DM), que incluyen enfermedades respiratorias, a los miembros que califiquen. Se aplicarán limitaciones.	**Pueden aplicarse reglas de autorización.** **Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP).** $30 de copago por cada visita de terapia de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. $30 de copago por cada visita de terapia de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare. Tendrá un copago cuando se brinden terapias múltiples en la misma fecha y el mismo lugar de servicio.
Consulta para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirinas (si corresponde), controlar su presión sanguínea y darle consejos para asegurarse de que está comiendo bien.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular con terapia conductual intensiva.
Pruebas de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anormalidades relacionadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguros, copagos ni deducibles para pruebas de enfermedades cardiovasculares que estén cubiertas una vez cada 5 años.
Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si presenta alto riesgo de contraer cáncer de cuello uterino o de vagina, o está en edad de concebir y ha tenido una prueba de Papanicolaou con resultados anormales en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No hay coseguros, copagos ni deducibles para pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Solamente cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de su columna vertebral se mueven de su posición), si la recibe de un quiropráctico.	**Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP).** $15 de copago para cada visita quiropráctica cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección de cáncer colorrectal Para personas mayores de 50 años, se cubren los siguientes exámenes: • Sigmoidoscopia flexible (o enema opaco de detección como una alternativa) cada 48 meses Una de las siguientes cada 12 meses: • Prueba de detección de sangre en materia fecal con guayacol (gFOBT por su sigla en inglés) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT por su sigla en inglés) Examen de ADN para detección de cáncer colorrectal cada tres años. Ciertos exámenes de ADN tienen criterios específicos para que califiquen y se realicen. Hable con su médico sobre las opciones de exámenes. En el caso de las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia de control (o enema opaco de detección como una alternativa) cada 24 meses En el caso de las personas que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no en un plazo de 48 meses después de una sigmoidoscopia de detección Además de los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare, cubrimos los exámenes de diagnóstico y procedimientos quirúrgicos (como la extracción de pólipos) cubiertos por Medicare durante un examen colorrectal por un copago de $0.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos: Los siguientes servicios preventivos: • Examen bucal • Radiografía interproximal • Radiografía panorámica y de toda la boca • Profilaxis (limpiezas) Los siguientes servicios integrales: • Reconstrucción – Empastes • Extracciones • Prostodoncia – Únicamente reparación de dentaduras existentes, rebasado • Cirugía oral – Extracción de dientes impactados Existen limitaciones de la cantidad de servicios cubiertos dentro de una categoría de servicios. Los límites de frecuencia y la participación en los costos varían según el tipo de servicio cubierto.	**Se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia cubiertos por Medicare.** $30 de copago por los beneficios odontológicos cubiertos por Medicare. *$0 de copago por:* *—1 examen cada 6 meses.* *—1 radiografía interproximal cada año calendario.* *—1 radiografía panorámica o de toda la boca cada 36 meses.* *—1 limpieza cada 6 meses.* *—Servicios de reconstrucción.* *—Extracciones.* *—Prostodoncia y cirugía oral.* El plan tiene un monto máximo de cobertura de $1,000 por año para servicios odontológicos integrales. Los montos que no se utilicen no se tienen en cuenta para próximos años de beneficios. Para obtener más información sobre los beneficios dentales, comuníquese con el proveedor de servicios odontológicos de Cigna-HealthSpring al 1-866-288-1573.
Examen de detección de depresión Cubrimos un examen para detectar depresión por año. El examen debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento de seguimiento y remisiones.	No hay coseguros, copagos ni deducibles por una consulta anual para un examen de detección de depresión.
Examen de detección de diabetes Cubrimos este examen (incluso las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión sanguínea alta (hipertensión), antecedentes de niveles de colesterol y triglicéridos anormales (dislipidemia), obesidad o antecedentes de azúcar (glucosa) en sangre alta. También se cubrirán las pruebas si reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Sobre la base de los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para un máximo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.	No hay coseguros, copagos ni deducibles por los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios para la diabetes y suministros Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que utilicen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar el nivel de glucosa en sangre: medidor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre. • Dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los medidores. • Para las personas con diabetes que sufren de enfermedad grave de pie diabético se cubre: un par de zapatos terapéuticos hechos a medida, por año calendario (incluidas las plantillas proporcionadas con esos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas proporcionadas con esos zapatos). La cobertura incluye la adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. **Nota:** Las jeringas y agujas están cubiertas en virtud del beneficio de la Parte D. Consulte el Capítulo 6 de esta *Constancia de cobertura* para obtener información sobre la participación en los costos.	**Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP) para la capacitación para el autocontrol de la diabetes.** 0% o 10% de coseguro por los suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare Las tiras reactivas y medidores para la diabetes de marcas preferidas, se cubren con una participación en los costos de $0; las marcas no preferidas no están cubiertas. Comuníquese con el plan para obtener detalles. Se aplica un 10% de coseguro para otros suministros de monitoreo para la diabetes (por ejemplo, lancetas). Usted es elegible para 1 medidor de glucosa cada 2 años y 200 tiras reactivas por período de 30 días. 10% de coseguro por plantillas y calzado terapéutico cubiertos por Medicare. $0 de copago por la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este libro). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para utilizar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores y caminadores. Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no ofrece equipos de un fabricante o marca en particular, puede solicitarle que realice la orden especial para usted. La lista más actualizada de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web www.cignahealthspring.com.	**Pueden aplicarse reglas de autorización.** 20% de coseguro por los artículos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a servicios que son: • Suministrados por un proveedor calificado para proveer servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica se produce cuando usted o cualquier otra persona que no sea profesional con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica de inmediato para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor agudo o afección médica que empeora rápidamente. La participación en los costos por los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es la misma que por estos mismos servicios prestados dentro de la red. Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios prestados para ayudar a que el doctor decida si el paciente necesita ser admitido como paciente internado o recibir el alta. Los servicios de observación pueden prestarse en el departamento de emergencias o en otra área del hospital. Para obtener información sobre la participación en los costos de los servicios de observación, consulte la sección "**Cirugía para pacientes ambulatorios**" en esta *Constancia de Cobertura*. *La atención de emergencia está cubierta en todo el mundo.*	$100 de copago por visitas a una sala de emergencias cubiertas por Medicare. *$100 de copago por visitas a una sala de emergencias en todo el mundo y transporte de emergencia en todo el mundo.* *Límite combinado de $50,000 (dólares estadounidenses) por año para los servicios de atención médica de urgencia y emergencia prestados fuera de los EE. UU. y sus territorios.* El transporte de emergencia debe ser médicamente necesario. Si es hospitalizado dentro de las 24 horas siguientes por la misma afección, usted paga $0 por la visita a la sala de emergencias. Si usted recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, debe recibir atención como paciente internado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan, y su costo es la participación en los costos más alta que pagaría en un hospital de la red.
Programas de educación para la salud y el bienestar Línea de enfermería las 24 horas del día: Enfermeros registrados brindan acceso telefónico a los miembros que solicitan asesoramiento e información médica y de salud. El beneficio para el buen estado físico brinda una membresía básica a un gimnasio que participe. Los miembros pueden aprovechar los equipos para ejercicios y las instalaciones del centro. Los miembros recibirán asesoramiento para el centro y los equipos. Los miembros pueden aprovechar las clases grupales de ejercicios adaptadas para satisfacer las necesidades de los adultos mayores cuando estén disponibles.	*$0 de copago por estos programas de salud y bienestar:* – *Línea de enfermería las 24 horas del día* – *Membresía en club de salud/ clases para el buen estado físico*

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de audición Las evaluaciones de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico, están cubiertas como atención ambulatoria cuando son prestadas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Los beneficios suplementarios cubren: • Hasta 1 examen de audición de rutina cada año • Evaluación de ajuste para audífonos • Audífonos Las evaluaciones de los audífonos son parte del examen de audición de rutina una vez cada tres años. Se autorizan varios ajustes si son necesarios para asegurar que los audífonos estén ajustados correctamente.	**Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP) para exámenes de audición cubiertos por Medicare y servicios que no sean de emergencia cubiertos por Medicare.** $0 de copago en el consultorio de un médico de atención primaria o $30 de copago en el consultorio de un especialista para exámenes de audición cubiertos por Medicare. Se aplicará una participación en los costos del PCP/especialista por separado, si se prestan servicios adicionales que requieran participación en los costos. *$0 de copago por 1 prueba de audición de rutina cada año.* *$0 de copago para evaluaciones de ajuste para audífonos.* *$700 de asignación por audífono por oído cada tres años.* Los miembros deben comunicarse con el proveedor de servicios de audición de Cigna-HealthSpring para acceder al beneficio de audífonos.Para obtener más información sobre sus beneficios de audición, comuníquese con el proveedor de servicios de audición de Cigna-HealthSpring al 1-866-872-1001.
Exámenes de detección de VIH Para las personas que soliciten un examen de detección de VIH o que se encuentren en mayor riesgo de contraer infección por VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo	No hay coseguros, copagos ni deducibles para los miembros elegibles por el examen preventivo de detección de VIH cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
Agencia de servicios de atención médica domiciliaria Antes de recibir los servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita los servicios de atención médica domiciliaria y pedirá que dichos servicios sean proporcionados por una agencia de atención médica domiciliaria. Debe estar confinado a su hogar, lo que significa que dejar su casa implica un esfuerzo importante. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada y de un asistente médico domiciliario a tiempo parcial o intermitentes (para contar con cobertura conforme al beneficio de atención médica domiciliaria, sus servicios de enfermería especializada y de asistencia médica domiciliaria combinados, no deben superar en total las 8 horas por día y las 35 horas por semana) • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios sociales y médicos • Equipo y suministros médicos	**Pueden aplicarse reglas de autorización.** $0 de copago por las visitas de atención médica en el hogar cubiertas por Medicare.
Atención para pacientes terminales Puede recibir cuidados de cualquier programa de atención para pacientes terminales certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de atención para pacientes terminales cuando su médico y el director médico del centro de atención para pacientes terminales le han dado un diagnóstico terminal que certifique que usted es enfermo terminal y tiene 6 meses de vida o menos, si su enfermedad sigue su curso normal. Su médico en estos casos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para control de los síntomas y alivio del dolor • Cuidados paliativos a corto plazo • Atención domiciliaria <u>Para los servicios de cuidados paliativos para pacientes terminales y para los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare y están relacionados con su diagnóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de cuidados paliativos para pacientes terminales y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de atención para pacientes terminales, su proveedor de cuidados paliativos para pacientes terminales le facturará a Original Medicare por los servicios que paga Original Medicare. <u>Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y no están relacionados con su diagnóstico terminal:</u> si necesita servicios que no son de urgencia o emergencia que están cubiertos en la Parte A o Parte B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico terminal, su costo para estos servicios depende de si usted usa un proveedor de la red del plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted solo paga el monto de participación en los costos del plan para los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga la participación en los costos conforme al Plan Privado de Pago por Servicio de Medicare (Original Medicare)	Cuando se inscribe en un programa de atención para pacientes terminales certificado por Medicare, es Original Medicare quien paga por sus servicios de cuidados paliativos para pacientes terminales y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal, no nuestro plan. Usted debe recibir atención de un programa de atención para pacientes terminales certificado por Medicare. Debe consultar con su plan antes de elegir el programa o centro de atención para pacientes terminales. <u>Consulta de atención para pacientes terminales</u> Usted paga la participación en los costos correspondiente para el proveedor del servicio (por ejemplo, servicios de médicos). Consulte el beneficio aplicable en esta sección de esta *Constancia de cobertura*.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención para pacientes terminales (continuación) Para los servicios que están cubiertos por nuestro plan, pero no por la Parte A o B de Medicare: nuestro plan continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, independientemente de si están relacionados o no con su diagnóstico terminal. Usted paga el monto de participación en los costos de su plan por estos servicios. Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: los medicamentos nunca están cubiertos por el programa o centro de atención para pacientes terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Para más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (*Qué sucede si usted está en un centro de atención para pacientes terminales certificado por Medicare*). **Nota:** Si necesita atención que no sea de cuidados paliativos para pacientes terminales (atención que no está relacionada con su diagnóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de atención para pacientes terminales (solo una vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio del programa de atención para pacientes terminales.	
Vacunas Entre los servicios que cubre la Parte B de Medicare se incluyen: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez por año en otoño o invierno • Vacuna contra la hepatitis B si presenta riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.	No hay coseguros, copagos ni deducibles por las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye atención de condiciones agudas para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, atención hospitalaria a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted es admitido formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a recibir el alta es su último día como paciente internado. Nuestro plan cubre un número de días ilimitados de hospitalización para pacientes internados. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si fuese médicamente necesario) • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de las unidades de atención especial (como las unidades de cuidado intensivo o coronario) • Medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Terapia física, ocupacional, y del habla y del lenguaje • Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias • En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, célula madre e intestinal/multivisceral. En caso de que necesite un trasplante, haremos los arreglos necesarios para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicios. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera de la estructura de atención de la comunidad, usted puede elegir obtener dichos servicios en forma local o si los proveedores de trasplante locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si nuestro plan proporciona servicios de trasplante en un sitio fuera de la estructura de atención para trasplantes de su comunidad y usted elige obtener los trasplantes en esa ubicación, coordinaremos o pagaremos los costos de hospedaje y transporte correspondientes a usted y un acompañante. • Sangre, que incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y concentrados de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios médicos	**Pueden aplicarse reglas de autorización.** **Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP) únicamente para ciertos procedimientos.** Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted está ingresando a un hospital. Nuestro plan cubre un número de días ilimitados de hospitalización para pacientes internados. $350 de copago por cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare. Para cada hospitalización cubierta por Medicare, usted debe pagar la participación en los costos que aplique, comenzando el día 1 cada vez que es ingresado. No se aplica participación en los costos el día en que recibe el alta. Si ingresa nuevamente dentro de las 24 horas por el mismo diagnóstico, el beneficio continuará desde el ingreso original. Es posible que no deba ningún copago adicional. En algunos casos, el nuevo ingreso dentro de los 30 días puede tener como resultado la continuación de los beneficios del ingreso original, sujeta a una revisión de calidad médica por parte de Cigna-HealthSpring.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) **Nota:** Para ser un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarlo de manera formal como paciente internado del hospital. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podría ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de ser un paciente internado o un paciente ambulatorio, debe consultarlo con el personal del hospital. También puede encontrar más información en un folleto de Medicare denominado "¿Es usted un paciente internado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡Pregunte!" Este folleto se encuentra disponible en el sitio web en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.	Si usted recibe atención como paciente internado con autorización en un hospital fuera de la red una vez que su afección de emergencia ha sido estabilizada, su costo es la participación en los costos que pagaría en un hospital de la red
Atención de salud mental para pacientes internados Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una estadía hospitalaria. Nuestro plan cubre hasta 190 días de atención de salud mental de por vida en un hospital psiquiátrico para pacientes internados. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no se aplica a los servicios mentales para pacientes internados que se prestan en un hospital general.	**Pueden aplicarse reglas de autorización.** Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted está ingresando a un hospital. Para cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare, su copago es de: – Días 1-4: $300 de copago por día – Días 5-90: $0 de copago por día Para cada hospitalización cubierta por Medicare, usted debe pagar la participación en los costos que aplique, comenzando el día 1 cada vez que es ingresado. No se aplica participación en los costos el día en que recibe el alta. Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva vitalicia". Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si su estadía hospitalaria supera los 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Pero cuando haya usado los 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria para pacientes internados se limitará a 90 días. Existe un copago de $0 por día de reserva vitalicia.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
Estadía para pacientes internados: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta Si agotó los beneficios de paciente hospitalizado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. No obstante, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibirá mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, que incluyen materiales y servicios técnicos • Vendajes quirúrgicos • Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y las dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean odontológicos) que sustituyan la totalidad o parte de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo) o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperante o que funcione mal, incluida la sustitución o la reparación de esos dispositivos • Aparatos ortopédicos para pierna, brazo, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos requeridos debido a ruptura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • Terapia física, del habla y ocupacional	Usted paga los costos compartidos que apliquen para otros servicios como si se proporcionaran de forma ambulatoria. Consulte el beneficio aplicable en esta sección de esta *Constancia de cobertura.*
Terapia médica de nutrición Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (de riñón) (pero no en diálisis) o posterior a un trasplante de riñón cuando es remitido por su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en que recibe los servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y luego, 2 horas cada año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con una remisión del médico. Un médico puede recetar estos servicios y renovar su remisión en forma anual si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para los miembros elegibles por los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés) Comenzando Abril 1, 2018, los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios de Medicare elegibles bajo todos los planes de salud de Medicare. MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica para un cambio alimentario a largo plazo, mayor actividad física y estrategias para resolver problemas para superar los desafíos relacionados con un estilo de vida saludable y bajar de peso de manera sostenida.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para el beneficio del MDPP.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos conforme a la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que generalmente no se los autoadministra el paciente y que se inyectan o se infunden mientras está recibiendo servicios médicos, en un hospital como paciente ambulatorio o en un centro de cirugía ambulatoria • Medicamentos que se administran mediante equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • Factores de coagulación que se autoadministran mediante inyecciones en caso de tener hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado a su hogar, tiene una fractura ósea que el médico haya certificado que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos • Ciertos medicamentos para diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Procrit® y Aranesp®) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de las enfermedades de inmunodeficiencia primarias El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para obtener la cobertura de los medicamentos recetados. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D mediante nuestro plan se indica en el Capítulo 6.	**Pueden aplicarse reglas de autorización.** 20% de coseguro por medicamentos de quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.
Examen de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un ámbito de atención primaria, donde pueda coordinarse con su plan integral de prevención. Hable con su médico de atención primaria para conocer más detalles.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para el examen preventivo y terapia para la obesidad.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
Pruebas de diagnóstico, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías • Radioterapia (con radioisótopos) que incluye materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como vendajes • Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y las dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, que incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y concentrados de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios	**Pueden aplicarse reglas de autorización.** **Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP).** Se aplicará una participación en los costos del PCP/especialista por separado si se prestan servicios adicionales que requieran participación en los costos. $0 o $150 de copago por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. $0 de copago por electrocardiograma y exámenes de diagnóstico de cáncer colorrectal. $150 de copago por todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico. $0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. $0 de copago por servicios de sangre cubiertos por Medicare. $0 o $150 de copago por los servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare (no incluye radiografías). $0 de copago por mamografías y ecografías. $150 de copago por todos los demás servicios radiológicos de medicina nuclear y diagnóstico. Si se realizan múltiples tipos de pruebas (como CT y PET) en el mismo día, se aplicarán múltiples copagos. Si se realizan múltiples pruebas del mismo tipo (por ej., CT de la cabeza y CT del pecho) en el mismo día, se aplicará un copago. $30 de copago por servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare. $0 de copago por radiografías cubiertas por Medicare. No se necesita autorización previa para radiografías.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencia o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de diagnóstico y laboratorio facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluso atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento para pacientes internados sería requerido sin ella • Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital • Suministros médicos, tales como tablillas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse por sí mismo **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para ingresarlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de participación en los costos para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podría ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe consultarlo con el personal del hospital. También puede encontrar más información en un folleto de Medicare denominado "¿Es usted un paciente internado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡Pregunte!" Este folleto se encuentra disponible en el sitio web en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.	**Pueden aplicarse reglas de autorización.** **Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP).** Usted paga la participación en los costos para estos servicios. Consulte el beneficio aplicable en esta sección de esta *Constancia de cobertura.* Los medicamentos que se auto-administran (medicamentos que usted normalmente tomaría por su cuenta) no tienen cobertura para pacientes ambulatorios en un hospital. Estos medicamentos pueden estar cubiertos bajo su beneficio de la Parte D de Medicare. Llame al Servicio de Atención al Cliente para más información.
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, asistente médico u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, autorizado por el estado, según lo permitido conforme a las leyes estatales aplicables.	**Pueden aplicarse reglas de autorización.** $30 de copago por cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare. $30 de copago por cada visita de terapia individual o grupal, cubierta por Medicare, con un psiquiatra.

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios son proporcionados en varios ámbitos para pacientes ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y Centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	**Pueden aplicarse reglas de autorización.** **Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP).** $30 de copago por las visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare. $30 de copago por las visitas de fisioterapia y/o patología del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare. Tendrá un copago cuando se brinden terapias múltiples (como PT, OT, ST) en la misma fecha y el mismo lugar de servicio.
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, que incluyen desintoxicación, evaluación, terapia y control para pacientes ambulatorios proporcionados por un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, asistente médico u otro profesional de atención médica del comportamiento calificado por Medicare, según lo permitido conforme a las leyes estatales aplicables.	**Pueden aplicarse reglas de autorización.** $30 de copago por las visitas individuales o grupales, cubiertas por Medicare, de tratamiento a pacientes ambulatorios con problemas de abuso de sustancias.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros de hospitalización para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria **Nota:** Si se realiza una cirugía en un hospital, debe verificar con su proveedor si será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para ingresarlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de participación en los costos para la cirugía de pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podría ser considerado un "paciente ambulatorio".	**Pueden aplicarse reglas de autorización.** **Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP).** $0 o $200 de copago por cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. $0 de copago por cualquier procedimiento quirúrgico (como la extracción de pólipos) durante un examen colorrectal. $200 de copago por todos los demás servicios para pacientes ambulatorios, que incluyen la observación y los servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no se prestan en un centro de cirugía ambulatoria. $0 o $200 de copago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare. $0 de copago por cualquier procedimiento quirúrgico (como la extracción de pólipos) durante un examen colorrectal. $200 de copago por todos los demás servicios del centro de cirugía ambulatoria (ASC).
Servicios de hospitalización parcial La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro de salud mental de la comunidad, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización como paciente internado.	**Pueden aplicarse reglas de autorización.** $30 de copago por los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios médicos, incluidas visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen: • Atención médica médicamente necesaria o servicios de cirugía prestados en un consultorio del médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento de hospital para pacientes ambulatorios o cualquier otra ubicación • Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista • Exámenes de audición y equilibrio básicos realizados por su especialista, si su médico así lo requiere para ver si necesita tratamiento médico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos están limitados a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, fijación de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedad neoplásica maligna o servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico) • Medicare cubre servicios brindados por otros proveedores médicos, como asistentes médicos, enfermeros practicantes, trabajadores sociales, fisioterapeutas y psicólogos. Profesional médico se refiere a: – un médico que es doctor en medicina u osteópata; o – un asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica; o – un profesional médico (instructor sobre salud, dietista registrado o profesional de nutrición, u otro practicante certificado) o un equipo de dichos profesionales médicos, que trabajen bajo la supervisión directa de un médico	**Pueden aplicarse reglas de autorización para consultas odontológicas cubiertas por Medicare, consultas a otro profesional de atención médica cubiertas por Medicare y consultas a un especialista cubiertas por Medicare.** **Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP) para consultas a un especialista y exámenes de audición de diagnóstico.** $0 de copago por cada consulta al médico de atención primaria cubierta por Medicare. $30 de copago por cada consulta al especialista cubierta por Medicare. $0 de copago en el consultorio de un médico de atención primaria o $30 de copago en el consultorio de un especialista para servicios de otro profesional de atención médica cubiertos por Medicare. $0 de copago en el consultorio de un médico de atención primaria o $30 de copago en el consultorio de un especialista para exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare. Se aplicará una participación en los costos del PCP/especialista por separado, si se prestan servicios adicionales que requieran participación en los costos. $30 de copago por los beneficios odontológicos cubiertos por Medicare.
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo martillo o espolón en el talón) • Atención de podología de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	**Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP).** Las visitas de podología cubiertas por Medicare son para la atención médicamente necesaria de los pies. $30 de copago por cada consulta de podología cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes, una vez cada 12 meses: • Examen mediante tacto rectal • Examen para la detección de antígenos prostáticos específicos (Prostate Specific Antigen, PSA)	No hay coseguros, copagos ni deducibles para un examen PSA anual.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (que no sean odontológicos) que reemplacen total o parcialmente una función o parte del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con los cuidados de colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, calzado protésico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluso sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos, y reparación y/o reemplazo de dispositivos protésicos. También incluye cierta cobertura después de una eliminación de cataratas o una cirugía de cataratas. Para obtener información detallada, consulte "Atención oftalmológica" más adelante en esta sección.	**Pueden aplicarse reglas de autorización.** 20% de coseguro por los dispositivos protésicos cubiertos por Medicare y suministros médicos relacionados con prótesis, tablillas y otros dispositivos cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) de moderada a muy severa y una remisión para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica. Cigna-HealthSpring ofrece un programa para la insuficiencia cardíaca congestiva (Congestive Heart Failure, CHF) a aquellos miembros que califiquen. Se aplicarán limitaciones. Cigna-HealthSpring ofrece una variedad de programas de control de enfermedades (Disease Management, DM), que incluyen enfermedades respiratorias, a los miembros que califiquen. Se aplicarán limitaciones.	**Pueden aplicarse reglas de autorización.** **Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP).** $30 de copago por cada visita de terapia de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare. Tendrá un copago cuando se brinden terapias múltiples en la misma fecha y el mismo lugar de servicio.
Examen y asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol Cubrimos un examen de detección de uso indebido de alcohol para adultos con Medicare (incluso mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero no son alcohólicos dependientes. Si el examen de detección de uso indebido de alcohol tiene resultado positivo, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento presencial individual por año (si es competente y está atento durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico o profesional de atención primaria calificado, en un ámbito de atención primaria.	No hay coseguros, copagos ni deducibles por el beneficio preventivo de asesoramiento y examen cubiertos por Medicare, para reducir el abuso del alcohol.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas calificadas, una LDCT tiene cobertura cada 12 meses. **Los miembros elegibles son:** personas de entre 55 y 77 años que no tengan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tengan antecedentes de haber fumado tabaco al menos 30 paquetes-años o quienes fumen actualmente, o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, quienes reciban una orden escrita para una LDCT durante una consulta para el asesoramiento y la toma de decisiones compartidas sobre un examen de detección de cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas y acuda a un médico o un proveedor calificado no médico. *Para exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la primera LDCT:* los miembros deben recibir una orden escrita para un examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, el cual puede ser realizado durante cualquier visita correspondiente a un médico o proveedor calificado no médico. Si un médico o proveedor calificado no médico opta por brindar una consulta para el asesoramiento y la toma de decisiones compartidas sobre un examen de detección de cáncer de pulmón para los exámenes de detección de cáncer de pulmón subsiguientes con LDCT, dicha consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para este tipo de consultas.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para la consulta para el asesoramiento y la toma de decisiones compartidas, o para la LDCT cubiertas por Medicare.
Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infections, STI) y asesoramiento para prevenir las STI Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen mayor riesgo de contraer una STI cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales y presenciales de asesoramiento conductual de alta intensidad de 20 a 30 minutos cada año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer STI. Solamente cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo, si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un ámbito de atención primaria, como el consultorio del médico.	No hay coseguros, copagos ni deducibles por el beneficio preventivo de exámenes de detección cubiertos por Medicare, para las infecciones de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infections, STI) y el asesoramiento para prevenirlas.

Servicios cubiertos para usted	**Qué debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios para tratar enfermedades y afecciones del riñón Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de educación sobre enfermedades del riñón para enseñar sobre la atención renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando su médico los remite, cubriremos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre las enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando la persona se encuentra temporalmente fuera del área de servicios, tal como se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si ingresa como paciente internado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación para la autodiálisis (incluye capacitación para usted y para cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis domiciliarios) • Equipo y suministros para diálisis domiciliaria • Ciertos servicios de ayuda domiciliaria (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas por parte de empleados capacitados en diálisis para controlar su diálisis domiciliaria, ayudar en casos de emergencia y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme al beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.	**Pueden aplicarse reglas de autorización para diálisis renal cubierta por Medicare.** **Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP).** $0 de copago por servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare. 20% de coseguro para diálisis renal cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de "atención en un centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12 de este libro. Los centros de enfermería especializada algunas veces se denominan "SNF"). El plan cubre hasta 100 días de cada período de beneficios. No se requiere estadía hospitalaria previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si fuese médicamente necesario) • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, tales como factores de coagulación de la sangre). • Sangre, que incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y concentrados de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados comúnmente por los SNF • Pruebas de laboratorio proporcionados comúnmente por los SNF • Radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados comúnmente por los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, proporcionados comúnmente por los SNF • Servicios médicos Por lo general, usted recibirá su atención de SNF en los centros de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que usted tenga que pagar una participación en los costos dentro de la red por un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de nuestro plan como pago. • Una residencia de ancianos o una comunidad de atención continua para jubilados en la que estaba viviendo antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione atención de centro de enfermería especializada). • Un SNF en el que su cónyuge está viviendo en el momento en que usted se retira del hospital.	**Pueden aplicarse reglas de autorización.** Para las estadías en un SNF cubiertas por Medicare, el copago es de: – Días 1-10: $0 de copago por día – Días 11-20: $20 de copago por día – Días 21-100: $167 de copago por día Para cada estadía en un SNF cubierta por Medicare, usted debe pagar la participación en los costos que aplique, comenzando el día 1 cada vez que es ingresado. Se aplica participación en los costos el día en que recibe el alta.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco: Cubrimos dos asesoramientos de intento para dejar el hábito en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo alguno para usted. Cada asesoramiento de intento incluye hasta cuatro visitas presenciales. Si consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o usa medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco: Cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar el hábito. Cubrimos dos asesoramientos de intento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará la participación en los costos correspondiente. Cada asesoramiento de intento incluye hasta cuatro visitas presenciales.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para los beneficios preventivos del tratamiento para dejar de fumar y de consumir tabaco cubierto por Medicare.
Transporte El beneficio de transporte de rutina relacionado con la salud incluye una cantidad específica de viajes de ida o vuelta en taxi, combi o transporte médico. Los miembros deben comunicarse con el proveedor de transporte de Cigna-HealthSpring para acceder a este beneficio. Comuníquese con el proveedor de transporte 2 días hábiles antes de su cita. El servicio incluye transporte que no sea de emergencia hacia ubicaciones aprobadas por el plan, como citas médicas. Las cancelaciones deben realizarse hasta 2 horas antes del viaje programado, o se descontará de la cantidad de viajes restantes. Se aplica una distancia máxima de 60 millas por cada viaje de ida o vuelta. Puede requerirse autorización en situaciones en las que la distancia del viaje hacia el proveedor exceda el límite de millas de 60 millas.	**Pueden aplicarse reglas de autorización.** *$0 de copago por hasta 50 viajes anuales de ida o vuelta a ubicaciones aprobadas por el plan.*
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevistas, que no es de emergencia y que requiere atención médica de inmediato. Los servicios de urgencia pueden ser prestados por proveedores dentro o fuera de la red, cuando los proveedores de la red no están disponibles o no puede acceder a ellos momentáneamente. La participación en los costos por los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es la misma que por estos mismos servicios prestados dentro de la red. *Los servicios de urgencia están cubiertos en todo el mundo.*	$25 de copago por las visitas de servicios de urgencia cubiertas por Medicare. *$100 de copago por la cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo y transporte de emergencia en todo el mundo.* *Límite combinado de $50,000 (dólares estadounidenses) por año para los servicios de atención médica de urgencia y emergencia prestados fuera de los EE. UU. y sus territorios.* El transporte de emergencia debe ser médicamente necesario. Si es hospitalizado dentro de las 24 horas por la misma afección, usted paga $0 por la visita de servicios de urgencia.

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención oftalmológica Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluso el tratamiento para degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre los exámenes oftalmológicos de rutina (refracciones del ojo) para anteojos/lentes de contacto. Sin embargo, este plan cubre un (1) examen oftalmológico de rutina complementario (incluye refracción del ojo) por año. • Para las personas que tienen un alto riesgo de contraer glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma por año. Entre las personas que tienen alto riesgo de contraer glaucoma se encuentran: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispano americanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, los exámenes de detección de retinopatía diabética están cubiertos una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye inserción de un lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y adquirir dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). • Lentes correctivos/marcos (y sustituciones) necesarios después de una eliminación de cataratas sin implante de lente. • Anteojos y marcos, o lentes de contacto hasta el monto máximo de cobertura del plan	$0 o $30 de copago por los exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos, que incluyen un examen anual de detección de glaucoma para personas en riesgo.$0 de copago por exámenes de detección de glaucoma y examen de retina para personas diabéticas. $30 de copago por todos los demás servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare. Se aplicará una participación en los costos del PCP/especialista por separado, si se prestan servicios adicionales que requieran participación en los costos. $0 de copago por: – anteojos y accesorios cubiertos por Medicare (un par de anteojos con lentes/marcos estándar o un par de lentes de contacto estándar después de una cirugía de cataratas con inserción de lente intraocular) – *hasta 1 examen de rutina suplementario de la vista por año* *$0 de copago hasta el límite de cobertura del plan por:* – *hasta 1 par de anteojos (lentes y marcos) cada año* – *lentes de contacto ilimitados hasta el límite de cobertura del plan* – *hasta 1 par de lentes para anteojos cada año* – *hasta 1 marco para anteojos cada año* – *actualizaciones*

Servicios cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención oftalmológica (continuación)	Límite de cobertura del plan de $200 para anteojos y accesorios suplementarios cada año. La asignación anual para anteojos y accesorios suplementarios solo se aplica al valor minorista. Los impuestos aplicables no están cubiertos. La asignación específica del plan se puede aplicar a un par de anteojos y accesorios a elección del miembro, que incluye la combinación de opción de marco/lentes de anteojos, o lentes de contacto (que incluyen los cargos profesionales relacionados) en lugar de anteojos. Para obtener más información sobre los beneficios oftalmológicos, comuníquese con el proveedor de servicios oftalmológicos de Cigna-HealthSpring al 1-888-886-1995.
Consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" El plan cubre la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" una única vez. La consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesite (incluso ciertos exámenes de detección y vacunas), y remisiones para otra atención, si es necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" solamente en el plazo de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando coordine la cita, informe al consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare".	No hay coseguros, copagos ni deducibles para la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare".

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están "excluidos" de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, este plan no cubre. Si un servicio está "excluido", significa que este plan no lo cubre.

El siguiente cuadro enumera los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que están cubiertos solo bajo condiciones especiales.

Si recibe servicios que están excluidos (no están cubiertos), debe pagarlos usted mismo. No pagaremos los servicios médicos excluidos indicados en el siguiente cuadro excepto bajo las condiciones específicas enumeradas. La única excepción es: si, después de una apelación, se determina que un servicio del siguiente cuadro es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos con respecto a no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3 de este libro).

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios se describen en el Cuadro de beneficios o en el siguiente cuadro.

Incluso si usted recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, dichos servicios excluidos no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos.

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Servicios que no se consideren razonables y necesarios, conforme a las normas de Original Medicare.	✔	
Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipo y medicamentos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos elementos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinan que no están generalmente aceptados por la comunidad médica.		✔ Pueden estar cubiertos por Original Medicare bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Habitación privada en un hospital.		✔ Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería especializada, tales como un teléfono o un televisor.	✔	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✔	
*La atención de custodia es la atención proporcionada en una residencia de ancianos, en un centro de atención para pacientes terminales o en otro centro cuando usted no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada.	✔	
Servicios de empleada doméstica, que incluyen asistencia doméstica básica, incluso quehaceres domésticos sencillos o preparación sencilla de comidas.	✔	
Cargos cobrados por sus familiares más cercanos o miembros de su grupo familiar por atención.	✔	
Cirugía o procedimientos cosméticos.		✔ • Cubierta en caso de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo con malformación. • Cubierta para todas las etapas correspondientes a la reconstrucción de un seno después de una mastectomía, y también para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica.

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Atención quiropráctica de rutina.		✔ Cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Podología de rutina.		✔ Cobertura limitada proporcionada conforme a las pautas de Medicare. (Por ejemplo, si usted sufre de diabetes).
Comidas con envío a domicilio.	✔	
Calzado ortopédico.		✔ Si el calzado es parte de un aparato ortopédico para las piernas y está incluido en el costo del aparato ortopédico o si el calzado es para una persona que sufre de la enfermedad de pie diabético.
Dispositivos de apoyo para los pies.		✔ Calzado ortopédico o terapéutico para personas que sufren de la enfermedad de pie diabético.
Queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia de la vista y otros accesorios para corregir la visión deficiente. (Consulte el Cuadro de beneficios médicos para conocer los servicios oftalmológicos cubiertos por nuestro plan.)		✔ Examen oftalmológico y un par de anteojos (o lentes de contacto) cubiertos para personas después de una cirugía de cataratas.
Procedimientos de reversión de la esterilización, y/o suministros anticonceptivos sin receta.	✔	
Acupuntura.	✔	
Servicios de naturopatía (utilizan tratamientos naturales o alternativos).	✔	

*La atención de custodia es atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

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

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

SECCIÓN 1 Introducción 74
Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D 74
Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan 74

SECCIÓN 2 Surtir sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan 75
Sección 2.1 Para que se le cubra su medicamento recetado, utilice una farmacia de la red 75
Sección 2.2 Búsqueda de farmacias de la red 75
Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan 76
Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo? 76
Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no se encuentre en la red del plan? 77

SECCIÓN 3 Es necesario que sus medicamentos estén en la "Lista de medicamentos" del plan 77
Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos 77
Sección 3.2 Existen 5 "niveles de participación en los costos" para los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos 78
Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico se encuentra en la Lista de medicamentos? 78

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura para algunos medicamentos 78
Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 78
Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? 79
Sección 4.3 ¿Se aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos? 79

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma en que le gustaría que estuviera? 80
Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría que estuviese 80
Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna forma? 80
Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de participación en los costos que considera demasiado alto? 82

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos? 82
Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año 82
Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que usted está usando? 82

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 83
Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 83

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta medicamentos recetados 84
Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía 84
Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de membresía con usted? 84

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 84

Sección 9.1 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan? 84

Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted es un residente en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)? 84

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también obtiene cobertura de medicamentos a través de un empleador o un plan de grupo de jubilados? 85

Sección 9.4 ¿Qué sucede si usted está en un un centro de atención para pacientes terminales certificado por Medicare? 85

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y administración de medicamentos 86

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de manera segura 86

Sección 10.2 Programa Manejo de Terapia de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 86

¿Sabía que existen programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?
Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen "Ayuda adicional" y programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?
Si usted se encuentra en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que cierta información en esta *Constancia de cobertura* sobre los costos para los medicamentos recetados de la Parte D no aplique para usted.** Le enviamos un folleto por separado, denominado "Cláusula de constancia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos recetados" (también denominado "Cláusula de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite la "Cláusula LIS". (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D

Este capítulo **explica las reglas para utilizar su cobertura para los medicamentos de la Parte D**. En el próximo capítulo se informa lo que debe pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de su cobertura para los medicamentos de la Parte D, nuestro plan también cubre algunos medicamentos conforme a los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre medicamentos que se le proporcionan durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de su cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos que incluyen ciertos medicamentos para quimioterapia, ciertas inyecciones que le aplican durante una visita al consultorio y medicamentos que le administran en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos: qué está cubierto y qué debe pagar*) brinda información sobre los beneficios y los costos de los medicamentos durante una estadía cubierta en el hospital o en un centro de enfermería especializada, como también sus beneficios y costos para los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si usted se encuentra en un centro de atención para pacientes terminales de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no estén relacionados con su diagnóstico terminal y afecciones relacionadas, y por lo tanto no estén cubiertos bajo el beneficio de atención para pacientes terminales de Medicare. Para más información, consulte la Sección 9.4 (*Qué sucede si usted está en un centro de atención para pacientes terminales certificado por Medicare*). Para obtener más información sobre la cobertura de atención para pacientes terminales, consulte la sección correspondiente del Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios (qué está cubierto y qué debe pagar*)).

Las siguientes secciones explican la cobertura de sus medicamentos bajo las reglas del beneficio de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

Generalmente, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que usted siga estas reglas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, odontólogo u otro médico que recete) que le realice su receta.
- Su médico que receta debe aceptar Medicare o presentar la documentación con los CMS que demuestre que está calificado para recetar, o su reclamación de la Parte D será denegada. La próxima vez que llame o visite a sus médicos que recetan, deberá preguntarles si cumplen con esta condición. Si no la cumplen, tenga en cuenta que se demora cierto tiempo hasta que su médico que receta presente los papeles necesarios para ser procesados.
- En general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su medicamento recetado. (Consulte la Sección 2, *Surtir sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan*).

- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (para abreviar, la llamamos "Lista de medicamentos"). (Consulte la Sección 3, *Es necesario que sus medicamentos estén en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surtir sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Para que se le cubra su medicamento recetado, utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información acerca de en qué situaciones debemos cubrir los medicamentos recetados que se surten en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionar sus medicamentos recetados cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Nuestra red incluye farmacias que ofrecen participación en los costos estándar y farmacias que ofrecen participación en los costos preferida. Usted puede ir a cualquier tipo de farmacia de la red para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Su participación en los costos puede ser menor en las farmacias con participación en los costos preferida.

Sección 2.2 Búsqueda de farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de farmacias y proveedores*, visitar nuestro sitio web (www.cignahealthspring.com) o llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Sin embargo, sus costos pueden ser menores para los medicamentos cubiertos si usa una farmacia de la red que ofrece participación en los costos preferida en lugar de una farmacia de la red que ofrece participación en los costos estándar. El *Directorio de farmacias y proveedores* le informará qué farmacias de la red ofrecen participación en los costos preferida. Puede saber más sobre cómo sus costos directos podrían ser diferentes para los distintos medicamentos, comunicándose con nosotros. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita reponer un medicamento que estaba tomando, puede solicitar una nueva receta escrita por un proveedor o que le transfieran su receta a su nueva farmacia de la red.

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

Si la farmacia que estaba utilizando deja de formar parte de la red del plan, usted tendrá que buscar una nueva farmacia que se encuentre en la red. O si la farmacia que estaba utilizando permanece dentro de la red pero ya no ofrece participación en los costos preferida, podrá cambiarse a otra farmacia. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda del Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada) o utilizar el *Directorio de farmacias y proveedores*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.cignahealthspring.com.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunas veces, los medicamentos recetados se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidados a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de cuidados a largo plazo (tal como una residencia de ancianos) cuenta con su propia farmacia. Si usted se encuentra en un centro de cuidados a largo plazo (LTC), debemos asegurarnos de que usted reciba continuamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de cuidados a largo plazo (LTC), las cuales generalmente son las farmacias que usa el centro de cuidados a largo plazo. Si usted tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de cuidados a largo plazo, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

- Farmacias que prestan servicio al Programa de salud para indígenas tribales/urbanos del Servicio de salud para indígenas (no disponible en Puerto Rico). Excepto en situaciones de emergencia, solo los nativos de Norteamérica y Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que expenden medicamentos que están restringidos por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) para determinados lugares o que requieren de un manejo, coordinación de proveedores o instrucciones especiales para su uso. (Nota: Este escenario rara vez sucede).

Para ubicar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de farmacias y proveedores* o llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. En general, los medicamentos brindados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que usted toma de manera regular por una afección médica de largo plazo o crónica.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite que haga un pedido de **un suministro para 30, 60 o 90 días.**

Para obtener información sobre cómo surtir sus medicamentos recetados por correo, visite nuestro sitio web (www.cignahealthspring.com) o comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Generalmente, una orden de una farmacia de pedido por correo le llegará en no más de 14 días. En caso de demora de un paquete de pedido por correo, la farmacia de pedidos por correo le ayudará a coordinar una compra a corto plazo con una farmacia minorista cercana a usted. Comuníquese también con el Servicio de Atención al Cliente para obtener ayuda.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para saber si desea que el medicamento se surta de inmediato o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluyendo potencia, cantidad y presentación) y, en caso de ser necesario, le permite detener o retrasar el pedido antes de que se facture y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se contacta para hacerles saber qué hacer con la nueva receta y evitar así demoras en el envío.

Reposiciones de medicamentos recetados de pedido por correo. Para reposiciones, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que crea que se quedará sin los medicamentos que posee para asegurarse de que su pedido sea enviado a tiempo.

La farmacia puede contactarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo, por lo cual debe asegurarse de informar a la farmacia la mejor manera de comunicarse con usted. Comuníquese con la farmacia de su elección y bríndeles sus datos de contacto más actuales.

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

El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro prolongado”) de medicamentos de “mantenimiento” de la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted usa de manera regular por una afección médica crónica o de largo plazo). Usted puede solicitar este suministro a través del pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede acudir a una farmacia de venta al público.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias minoristas (que ofrecen participación en los costos preferida) pueden aceptar un monto menor de participación en los costos para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Otras farmacias minoristas quizá no acepten los montos menores de participación en los costos para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En ese caso, usted será responsable de la diferencia de precio. En su *Directorio de farmacias y proveedores*, se informa sobre las farmacias de nuestra red que pueden proporcionarle un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).
2. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite que haga un pedido de un suministro para 30, 60 o 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedido por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no se encuentre en la red del plan?

Su medicamento recetado puede estar cubierto en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicios donde usted puede conseguir sus medicamentos recetados surtidos como miembro de nuestro plan. Si no puede utilizar una farmacia de la red, las siguientes son las circunstancias en las que cubriríamos medicamentos recetados surtidos en una farmacia fuera de la red:

- Usted viaja fuera del área de servicios de nuestro plan y se queda sin medicamentos o pierde sus medicamentos cubiertos de la Parte D, o se enferma y necesita un medicamento de la Parte D cubierto y no puede acceder a una farmacia de la red.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto de la Parte D de manera oportuna dentro del área de servicios porque, por ejemplo, no hay farmacias de la red dentro de una distancia razonable que presten servicios las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Usted está comprando medicamentos recetados cubiertos por la Parte D y ese medicamento en particular no se encuentre regularmente en existencia en una farmacia minorista o con servicio de pedido por correo de la red, accesible.
- Sus medicamentos de la Parte D se dispensan por una farmacia basada en una institución fuera de la red mientras se encuentra en un centro de emergencias, una clínica basada en un proveedor, un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios u otro centro para pacientes ambulatorios.

En estas situaciones, **primero verifique con el Servicio de Atención al Cliente** para ver si hay una farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro). Se le puede exigir 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 de la red.

¿Cómo solicita un reembolso del plan?

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar su parte normal del costo) al momento de adquirir su medicamento recetado. Puede solicitarnos un reembolso de nuestra parte del costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1 explica cómo solicitar al plan un reembolso).

SECCIÓN 3 Es necesario que sus medicamentos estén en la "Lista de medicamentos" del plan

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

El plan cuenta con una "*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*". En esta *Constancia de cobertura*, **la denominamos la "Lista de medicamentos" para abreviar.**

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son solo aquellos cubiertos conforme a la Parte D de Medicare (anteriormente en este capítulo, en la Sección 1.1, se explica sobre los medicamentos de la Parte D).

Generalmente, cubrimos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando usted cumpla las otras reglas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso del medicamento *que*:

- está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos. (Es decir, la Administración de Medicamentos y Alimentos aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para los cuales fue recetado).
- — *o* — está respaldado por ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information, el sistema de información DRUGDEX y el USPDI o su sucesor; y para cáncer, la National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores).

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene los mismos componentes activos que el medicamento de marca. Generalmente, actúa tan bien como el medicamento de marca y, normalmente, cuesta menos. Existen medicamentos sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué *no* está en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.

Sección 3.2 Existen 5 "niveles de participación en los costos" para los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos

Cada medicamento incluido en la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los 5 niveles de participación en los costos. En general, cuanto más alto sea el nivel de participación en los costos, más alto es su costo con respecto al medicamento:

	Nivel de participación en los costos	Medicamentos incluidos en los niveles de participación en los costos
Nivel más bajo de participación en los costos	1	Medicamentos genéricos preferidos
	2	Medicamentos genéricos
	3	Medicamentos de marca preferidos
	4	Medicamentos no preferidos
Nivel más alto de participación en los costos	5	Medicamentos de especialidad

Para saber en qué nivel de participación en los costos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

El monto que deberá pagar por los medicamentos incluidos en cada nivel de participación en los costos se indica en el Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Tiene tres formas de averiguarlo:

1. Búsquelo en la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo. (Tenga en cuenta: La Lista de medicamentos que le enviamos incluye la información para los medicamentos cubiertos que nuestros miembros utilizan más comúnmente. Sin embargo, cubrimos otros medicamentos que no están incluidos en la Lista de medicamentos impresa. Si uno de sus medicamentos no está en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para averiguar si lo cubrimos).
2. Visite el sitio web del plan (www.cignahealthspring.com). La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame al Servicio de Atención al Cliente para averiguar si un medicamento en particular se encuentra en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura para algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos elaboraron estas reglas para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos de la manera más efectiva. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos totales de los medicamentos, lo que mantiene su cobertura de medicamentos más a su alcance.

En general, nuestras reglas le recomiendan que obtenga un medicamento que sirva para su afección médica y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo funcione médicamente tan bien como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para recomendarles a usted y a su proveedor que utilicen dicha opción de costo más bajo. Además, necesitamos cumplir con las reglas y reglamentaciones de Medicare para la cobertura y la participación en los costos compartidos de los medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si desea que no le apliquemos la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o denegar la no aplicación de la restricción. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2, para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que pueden aplicar distintas restricciones o participación en los costos de acuerdo a factores como potencia, cantidad o presentación del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; uno por día versus dos por día; comprimido versus líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a utilizar medicamentos de la manera más efectiva. En las secciones a continuación, se proporciona más información sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay disponible una versión genérica

Generalmente, un medicamento "genérico" tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y normalmente cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando haya disponible una versión genérica del medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica**. Por lo general, no cubriremos el medicamento de marca cuando una versión genérica se encuentre disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el que ni el medicamento genérico ni otro medicamento cubierto que traten la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtener aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted y su proveedor necesitan obtener aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina **"autorización previa".** Algunas veces, el requisito de obtener una aprobación por adelantado ayuda a orientar el uso correcto de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, su medicamento podría no estar cubierto por el plan.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito le recomienda probar medicamentos menos costosos, pero igual de efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerirle que primero pruebe el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **"terapia escalonada".**

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede tener restringiendo la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surte su medicamento recetado. Por ejemplo, si se considera normalmente seguro tomar solo un comprimido por día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su medicamento recetado a no más de un comprimido por día.

Sección 4.3 ¿Se aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted usa o desea usar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro) o visite nuestro sitio web (www.cignahealthspring.com).

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si existe una restricción en el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que no le apliquemos la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o denegar la no aplicación de la restricción. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2, para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma en que le gustaría que estuviera?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría que estuviese

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Pero es posible que pueda haber un medicamento recetado que está usando actualmente o uno que usted y su proveedor creen que debería usar, que no esté en nuestro formulario o esté en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto. O quizás esté cubierta una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que desea usar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales en la cobertura para dicho medicamento. Según lo explicado en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan cuentan con reglas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, se le podría exigir que pruebe primero un medicamento diferente, para ver si funcionará, antes de que el medicamento que desea usar esté cubierto para usted. También podría haber límites sobre la cantidad cubierta del medicamento (cantidad de comprimidos, etc.) durante un período en particular. En algunos casos, es posible que quiera que no apliquemos la restricción para usted.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de participación en los costos que hace que su participación en los costos sea más costosa de lo que considera que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los 5 niveles diferentes de participación en los costos. El monto que paga por su medicamento recetado depende, en parte, del nivel de participación en los costos en que se encuentre su medicamento.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría que estuviese. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento se encuentra en un nivel de participación en los costos que hace que su costo sea más alto de lo que considera que debería ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna forma?

Si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o, si está restringido, puede hacer lo siguiente:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en ciertas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará tiempo a usted y a su proveedor de cambiar a otro medicamento o de presentar una solicitud para que le cubran el medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una excepción y solicitar que el plan cubra el medicamento o eliminar las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando el suyo no aparezca en la Lista de medicamentos o cuando esté restringido de alguna forma. Al hacer esto, le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y resolver qué hacer.

A fin de ser elegible para recibir un suministro temporal, debe cumplir con los dos requisitos que figuran a continuación:

1. El cambio en su cobertura de medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos de cambios:

- El medicamento que ha estado usando **ya no se encuentra en la Lista de medicamentos del plan.**
- — o — el medicamento que ha estado usando **ahora está restringido de alguna forma** (la Sección 4 de este capítulo informa sobre las restricciones).

2. Usted debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o estaban en el plan el año pasado y no se encuentran en un centro de cuidados a largo plazo (LTC):**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted es nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si usted estaba en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será por un máximo de un suministro de 30 días. Si su receta es para menos días, permitiremos varias reposiciones para brindar un suministro máximo de hasta 30 días del medicamento. El medicamento recetado se debe surtir en una farmacia de la red.

- **Para aquellos miembros que son nuevos o el año pasado estaban en el plan y residen en un centro de cuidados a largo plazo (LTC):**

  Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted es nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si usted estaba en el plan el año pasado.** El suministro total será por un máximo de 98 días. Si su receta es para menos días, permitiremos varias reposiciones para brindar un suministro máximo de hasta 98 días del medicamento. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo puede brindar el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el desperdicio).

- **Para aquellos que han sido miembros del plan durante más de 90 días, residen en un centro de atención de cuidados a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de 31 días de un medicamento en particular o menos si su receta está hecha por menos días. Esto es además del suministro de transición de cuidados a largo plazo mencionado anteriormente.

- **Para poder acomodar transiciones no programadas de miembros sin tiempo para una planificación anticipada, como cambios de nivel de cuidado debido a un alta desde un hospital a un centro de enfermería o a un domicilio, cubriremos un suministro temporal de 30 días.**

Para solicitar un suministro temporal, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Durante el tiempo en que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se quede sin su suministro temporal. Puede cambiarse a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y le cubra el medicamento actual. Las secciones a continuación brindan más información sobre estas opciones.

Puede cambiar de medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez, haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en su caso y cubra el medicamento de la forma en que le gustaría que estuviese cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede solicitarle al plan que cubra un medicamento, incluso si no está en la Lista de medicamentos del plan. También, puede solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es un miembro actual y un medicamento que está usando se eliminara del formulario o se restringiera de alguna forma para el próximo año, le permitiremos que solicite una excepción del formulario de medicamentos por adelantado para el próximo año. Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura para su medicamento para el próximo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo del médico que recete). Si aprobamos su solicitud de excepción, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en efecto.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4, le brinda información sobre qué deben hacer. Allí se explican el procedimiento y los plazos que Medicare estableció para asegurarse de que su solicitud sea manejada de manera oportuna y justa.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de participación en los costos que considera demasiado alto?

Si su medicamento se encuentra en un nivel de participación en los costos que considera demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento se encuentra en un nivel de participación en los costos que considera demasiado alto, comience hablando con su proveedor. Tal vez, haya un medicamento diferente en un nivel más bajo de participación en los costos que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

Puede solicitar una excepción

Para los medicamentos del nivel 4 (medicamentos no preferidos) y nivel 2 (medicamentos genéricos), usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción en el nivel de participación en los costos para el medicamento de manera que usted pague menos. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4, le brinda información sobre qué deben hacer. Allí se explican el procedimiento y los plazos que Medicare estableció para asegurarse de que su solicitud sea manejada de manera oportuna y justa.

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

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios de cobertura de medicamentos se llevan a cabo al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría realizar cambios a la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Nuevos medicamentos pasan a estar disponibles, incluso nuevos medicamentos genéricos. Quizás el gobierno haya aprobado un nuevo uso de un medicamento existente. Algunas veces, un medicamento se retira y decidimos no cubrirlo. También, podríamos quitar un medicamento de la lista porque se descubrió que no era efectivo.
- **Mover un medicamento a un nivel de participación en los costos superior o inferior.**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura para un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones a la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

En casi todos los casos, debemos obtener aprobación de Medicare para los cambios que realizamos a la Lista de medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que usted está usando?

¿Cómo sabrá si ha habido cambios en la cobertura de su medicamento?

Si existiera un cambio en la cobertura *para un medicamento que está usando*, el plan le enviará una notificación para informarle. Generalmente, **le informaremos con al menos, 60 días de anticipación.**

De vez en cuando, un medicamento se **retira de repente** porque se descubre que no es seguro o por otros motivos. Si esto sucede, el plan quitará inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Le informaremos sobre este cambio de inmediato. Su proveedor también sabrá de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

¿Los cambios de su cobertura de medicamentos lo afectan de inmediato?

Si alguno de los siguientes tipos de cambios afecta un medicamento que está usando, el cambio no lo afectará hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si cambiamos su medicamento a un nivel superior de participación en los costos.
- Si colocamos una nueva restricción con respecto a su uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos, pero no debido a un retiro repentino o porque un nuevo medicamento genérico lo ha reemplazado.

Si ocurre cualquiera de estos cambios para un medicamento que está usando, entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, es probable que no vea ningún aumento en sus pagos o ninguna restricción adicional en su uso del medicamento. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, usted se verá afectado por los cambios.

En algunos casos, se verá afectado por el cambio de cobertura antes del 1 de enero:

- Si un **medicamento de marca que está usando se reemplaza por un nuevo medicamento genérico**, el plan debe notificárselo con, al menos, 60 días de antelación o proporcionarle una reposición de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red
  - Durante este período de 60 días, usted debe trabajar con su proveedor para pasar al medicamento genérico o a un medicamento diferente que cubramos.
  - También usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y continúe cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).
- Nuevamente, si un medicamento se **retira de repente** porque se descubre que no es seguro o por otros motivos, el plan eliminará inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Le informaremos sobre este cambio de inmediato.
  - Su proveedor también sabrá de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le informa los tipos de medicamentos recetados que están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, usted mismo debe pagarlos. No pagaremos los medicamentos que se indican en esta sección. La única excepción es: Si, después de una apelación, se determina que el medicamento solicitado es un medicamento no excluido conforme a la Parte D y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos con respecto a no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 6.5 de este libro).

Las siguientes son tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán conforme a la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso no indicado en la etiqueta. El “uso no indicado en la etiqueta” es cualquier uso del medicamento diferente de aquellos indicados en la etiqueta de un medicamento como aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos.
  - Por lo general, la cobertura para “uso no indicado en la etiqueta” se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertos libros de referencia. Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information, el sistema de información DRUGDEX para cáncer, la National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores. Si el uso no está respaldado por ninguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir su “uso no indicado en la etiqueta”.

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

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o de los síntomas de resfrío
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para promover el crecimiento capilar
- Productos minerales y vitaminas recetados, excepto las vitaminas prenatales y los preparados de fluoruro
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual, como Viagra, Cialis, Levitra y Caverject
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos ambulatorios para los que el fabricante busca exigir que las pruebas asociadas o los servicios de control, se compren exclusivamente del fabricante como una condición de venta

Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, es posible que su programa estatal de Medicaid estatal cubra algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa de Medicaid estatal para determinar la cobertura de medicamentos que podría estar disponible para usted. (Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta medicamentos recetados

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía

Para surtir su medicamento recetado, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestra su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red automáticamente facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento recetado cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando retire el medicamento recetado.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de membresía con usted?

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted cuando surte su medicamento recetado, solicite a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire.** (Luego, puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte del costo que nos corresponde pagar. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar al plan un reembolso).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan?

Si es ingresado en un hospital o un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, por lo general, cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que abandone el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que estos cumplan con todas nuestras reglas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección en donde se brinda información sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y los montos que usted paga.

Tenga en cuenta: Cuando ingresa o vive en un centro de enfermería especializada o se va de este, tiene derecho a un período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de planes o su cobertura. (El Capítulo 10, *Cómo finalizar su membresía en el plan*, le explica cuándo puede abandonar nuestro plan e inscribirse en un plan diferente de Medicare).

Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted es un residente en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)?

Generalmente, un centro de cuidados a largo plazo (LTC) (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo, es posible que pueda obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre que esta forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias y proveedores* para averiguar si la farmacia de su centro de cuidados a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o necesita más información, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y se convierte en un nuevo miembro del plan?
Si necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna forma, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será por un máximo de 98 días o menos si su receta se extiende por menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo (LTC) puede brindar el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el desperdicio). Si ha sido miembro del plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o si el plan tiene restricciones en cuanto a la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días, o menos si su receta está hecha por menos días.

Durante el tiempo en que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se quede sin su suministro temporal. Tal vez, haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en su caso y cubra el medicamento de la forma en que le gustaría que estuviese cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4, le brinda información sobre qué deben hacer.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también obtiene cobertura de medicamentos a través de un empleador o un plan de grupo de jubilados?

¿Tiene actualmente otra cobertura de medicamentos recetados a través de su grupo de jubilados o empleador (o el de su cónyuge)? De ser así, comuníquese con el **administrador de beneficios de dicho grupo.** El administrador puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si usted está actualmente empleado, la cobertura de medicamentos recetados que obtiene de nosotros será *secundaria* respecto de la cobertura del grupo de jubilados o del empleador. Eso significa que su cobertura de grupo pagaría primero.

Nota especial sobre "cobertura acreditable":
Cada año, su empleador o grupo de jubilados deben enviarle una notificación en la cual se informe si su cobertura de medicamentos recetados para el próximo año calendario es "acreditable" y las opciones con que cuenta para la cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan del grupo es **"acreditable",** significa que el plan cuenta con cobertura de medicamentos que se prevé que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Conserve estas notificaciones sobre la cobertura acreditable, porque puede necesitarlas posteriormente. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estas notificaciones para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió una notificación sobre la cobertura acreditable de su plan de grupo de jubilados o del empleador, puede solicitar un ejemplar al administrador de beneficios de su empleador o del plan de jubilados, o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si usted está en un un centro de atención para pacientes terminales certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de atención para pacientes terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro de atención para pacientes terminales de Medicare y necesita medicamentos para tratar las náuseas, laxantes, analgésicos o medicamentos contra la ansiedad que no estén cubiertos por su centro de atención para pacientes terminales porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación ya sea del médico que receta o del proveedor de dicho centro que indique que estos medicamentos no tienen relación con su enfermedad terminal antes de que nuestro plan los cubra. Para evitar demoras en recibir los medicamentos no relacionados con su afección que nuestro plan debería cubrir, usted puede solicitarle al proveedor del centro o al médico que receta que se asegure de que tengamos la notificación que indique que el medicamento no guarda relación antes de que usted le pida a la farmacia que le surta el medicamento.

En caso que usted revoque su elección por un centro de atención para pacientes terminales o este le dé el alta, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando termine su beneficio de centro de atención para pacientes terminales de Medicare, usted debe llevar la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes previas de esta sección que explican las reglas para obtener cobertura de medicamentos bajo la Parte D. El Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) le brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y administración de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de manera segura

Llevamos a cabo revisiones del uso de los medicamentos para que nuestros miembros nos ayuden a garantizar que obtienen atención médica adecuada y segura. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que receta sus medicamentos.

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

- Posibles errores de medicación.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque usted está usando otro medicamento para tratar la misma afección médica.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daño si los usa al mismo tiempo.
- Recetas de medicamentos que tienen componentes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que está usando.

Si observamos un posible problema en su uso de los medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa Manejo de Terapia de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Por ejemplo, algunos miembros tienen diferentes afecciones médicas, toman muchos medicamentos al mismo tiempo y tienen costos muy altos de medicamentos.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros estén obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se denomina programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas podrían obtener los servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de atención médica realizará una revisión integral de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre cuál es la mejor forma de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Se le dará un resumen de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para usar mejor sus medicamentos, con espacios para que tome notas o escriba preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y el motivo por el que los toma.

Es una buena idea realizar la revisión de sus medicamentos antes de su consulta anual de “bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a la consulta o cuando vaya a hablar con sus médicos, farmacéuticos y demás proveedores de atención médica. Además, lleve su lista de medicamentos (por ejemplo, con su tarjeta de membresía) en caso que tenga que acudir al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que satisfaga sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, infórmenos y lo eliminaremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

CAPÍTULO 6

Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 89
Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos 89
Sección 1.2 Tipos de costos directos que puede pagar por sus medicamentos cubiertos 89

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que se encuentre cuando obtiene el medicamento 90
Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de nuestro plan? 90

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 90
Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual denominado "Explicación de beneficios de la Parte D" (la "EOB de la Parte D") 90
Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos 91

SECCIÓN 4 No se aplican deducibles a nuestro plan 91
Sección 4.1 Usted no paga ningún deducible por los medicamentos de la Parte D 91

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga la suya 91
Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento recetado y de dónde lo surta 91
Sección 5.2 Tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento para *un mes* 92
Sección 5.3 Si su médico prescribe un suministro para menos de un mes, es posible que usted no tenga que pagar el costo del suplemento para el mes entero 93
Sección 5.4 Un cuadro que muestra sus costos por un suministro a *largo plazo* de un medicamento para 90 días 94
Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos para el año alcancen los $3,750 95

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de período sin cobertura, el plan proporciona cierta cobertura de medicamentos 95
Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de período sin cobertura hasta que sus costos directos alcancen los $5,000 95
Sección 6.2 Cómo Medicare calcula sus costos directos para los medicamentos recetados 95

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situación catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos 97
Sección 7.1 Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura en situación catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año 97

SECCIÓN 8 Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtenga 97
Sección 8.1 Nuestro plan puede tener cobertura por separado para las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de administración de la vacuna 97
Sección 8.2 Es posible que desee llamarnos al Servicio de Atención al Cliente antes de vacunarse 98

¿Sabía que existen programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?
Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen "Ayuda adicional" y programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?
Si usted se encuentra en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que cierta información en esta *Constancia de cobertura* sobre los costos para los medicamentos recetados de la Parte D no aplique para usted.** Le enviamos un folleto por separado, denominado "Cláusula de constancia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos recetados" (también denominado "Cláusula de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite la "Cláusula LIS". (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos

Este capítulo se centra en lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, cuando utilizamos el término "medicamento" en este capítulo, nos referimos a un medicamento recetado de la Parte D. Según se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D: algunos medicamentos están cubiertos conforme a la Parte A o B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, es necesario que conozca los elementos fundamentales sobre cuáles son los medicamentos que están cubiertos, dónde surtir sus medicamentos recetados y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. A continuación le presentamos materiales que explican estos elementos fundamentales:

- ***La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** Para simplificar, la llamamos "Lista de medicamentos".
  - Esta Lista de medicamentos indica los medicamentos que están cubiertos para usted.
  - Además, informa en cuál de los 5 "niveles de participación en los costos" se encuentra el medicamento y si existe alguna restricción en su cobertura para el medicamento.
  - Si necesita un ejemplar de la Lista de medicamentos, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en www.cignahealthspring.com. La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este libro.** El Capítulo 5 proporciona los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluso las reglas que necesita seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Además, el Capítulo 5 indica qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- ***El Directorio de farmacias y proveedores* del plan.** En la mayoría de las situaciones, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). El *Directorio de farmacias y proveedores* cuenta con una lista de farmacias en la red del plan. Además, le informa qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de un medicamento (por ejemplo, surtir un medicamento recetado para un suministro de tres meses).

Sección 1.2 Tipos de costos directos que puede pagar por sus medicamentos cubiertos

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, es necesario que conozca los tipos de costos directos que puede pagar por sus servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se denomina "participación en los costos" y existen tres formas en las que se le puede pedir que lo pague.

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

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que se encuentre cuando obtiene el medicamento

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

Como se muestra en la tabla a continuación, existen "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura de medicamentos recetados conforme a nuestro plan. El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en la que usted esté cuando surte o repone un medicamento recetado.

Etapa 1 *Etapa de deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cobertura inicial*	**Etapa 3** *Etapa de período sin cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura en situación catastrófica*
Debido a que no hay un deducible para el plan, esta etapa de pago no aplica para usted.	Usted empieza en esta etapa cuando surte su primera receta del año. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y **usted paga la suya**. Usted permanecerá en esta etapa hasta que sus **"costos totales de medicamentos"** hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) sumen $3,750. (Los detalles se encuentran en la Sección 5 de este capítulo).	En el caso de los medicamentos genéricos, usted paga el 44% de los costos o, de ser menor, su copago aplicable para un medicamento genérico del nivel 1. Para los medicamentos de marca, usted paga el 35% del precio (más una parte de la tarifa de envío). Usted permanecerá en esta etapa hasta que sus **"costos directos"** (sus pagos) hasta la fecha alcancen un total de $5,000. Este monto y las reglas para contabilizar los costos para este monto han sido establecidos por Medicare. (Los detalles se encuentran en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayor parte del costo** de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2018). (Los detalles se encuentran en la Sección 7 de este capítulo).

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual denominado "Explicación de beneficios de la Parte D" (la "EOB de la Parte D")

Nuestro plan realiza el seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que efectuó cuando surtió o repuso sus medicamentos recetados en la farmacia. De esta forma, le podemos informar cuando haya pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En especial, existen dos tipos de costos de los que realizamos un seguimiento:

- Realizamos un seguimiento de cuánto ha pagado. Esto se denomina su costo **"directo".**
- Realizamos un seguimiento de sus **"costos totales de medicamentos".** Este es el monto que usted paga de forma directa u otros pagan en su nombre más el monto que paga el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (algunas veces, se denomina "EOB de la Parte D") cuando haya surtido uno o más medicamentos recetados a través del plan durante el mes anterior. Incluye:

- **Información correspondiente a ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos recetados que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Pagos totales correspondientes al año, desde el 1 de enero.** Esto se denomina información "hasta la fecha". Le muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el comienzo del año.

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

Para realizar un seguimiento de sus costos de medicamentos y los pagos que efectúa por los medicamentos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. A continuación se muestra cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta medicamentos recetados.** Para asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos recetados que surte y lo que paga por ellos, muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que surta un medicamento recetado.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** Es posible que, algunas veces, usted deba pagar los medicamentos recetados si no obtenemos automáticamente la información que necesitamos para registrar sus costos directos. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus costos directos, usted nos puede proporcionar copias de recibos de medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2 de este libro). Las siguientes son algunas de las situaciones en las que se recomienda que nos proporcione copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
  - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando realizó un copago por los medicamentos que se proporcionan conforme a un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
  - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que haya pagado el precio total por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hayan realizado en su nombre.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones en particular también se tendrán en cuenta para sus costos directos y lo ayudarán a reunir los requisitos para la cobertura en situación catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de salud para indígenas (Indian Health Service) y la mayoría de las organizaciones de beneficencia, se tendrán en cuenta para sus costos directos. Debe mantener un registro de estos pagos y enviárnoslo para que podamos llevar un registro de sus costos.
- **Revise el informe por escrito que le enviamos.** Cuando recibe una *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D") por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en su informe o tiene alguna pregunta, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). Asegúrese de conservar estos informes. Son registros importantes de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4 No se aplican deducibles a nuestro plan

Sección 4.1 Usted no paga ningún deducible por los medicamentos de la Parte D

No se aplican deducibles a nuestro plan. Usted empieza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga la suya

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento recetado y de dónde lo surta

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su participación en los costos de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga la suya (su monto de copago o coseguro). Su parte del costo variará dependiendo del medicamento y del lugar en donde lo surta.

El plan cuenta con 5 niveles de participación en los costos

Cada medicamento incluido en la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los 5 niveles de participación en los costos. En general, cuanto más alto sea el número de nivel de participación en los costos, más alto es su costo para el medicamento:

	Nivel de participación en los costos	Medicamentos incluidos en los niveles de participación en los costos
Nivel más bajo de participación en los costos	1	Medicamentos genéricos preferidos
	2	Medicamentos genéricos
	3	Medicamentos de marca preferidos
	4	Medicamentos no preferidos
Nivel más alto de participación en los costos	5	Medicamentos de especialidad

Para saber en qué nivel de participación en los costos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacias

El monto que paga por un medicamento depende de dónde lo obtiene:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece participación en los costos estándar
- Una farmacia minorista de la red que ofrece participación en los costos preferida
- Una farmacia que no se encuentra en la red del plan
- La farmacia de pedido por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 de este libro y el *Directorio de farmacias y proveedores* del plan.

Generalmente, nosotros cubriremos sus medicamentos recetados *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Algunas de nuestras farmacias de la red también ofrecen participación en los costos preferida. Usted puede ir a farmacias de la red que ofrezcan participación en los costos preferida o a otras farmacias de la red que ofrezcan participación en los costos estándar para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Sus costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen participación en los costos preferida.

Sección 5.2 Tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento para *un mes*

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

- **"Copago"** significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte un medicamento recetado.
- **"Coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte un medicamento recetado.

Como se muestra en el cuadro a continuación, el monto del copago o coseguro depende del nivel de participación en los costos en el que se encuentre su medicamento. Tenga en cuenta:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago descrito en el cuadro, pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el monto que sea inferior.*
- Cubrimos medicamentos recetados surtidos en las farmacias fuera de la red solamente en limitadas situaciones. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información acerca de en qué situaciones debemos cubrir los medicamentos recetados que se surten en farmacias fuera de la red.

Su parte del costo cuando adquiere un suministro para *un mes* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos preferida en tiendas minoristas (dentro de la red)** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos por pedido por correo** (hasta un suministro de 30 días)	**Participación en los costos por atención a largo plazo (LTC)** (hasta un suministro de 31 días)	**Participación en los costos fuera de la red** (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). (hasta un suministro de 30 días)
Nivel 1 de participación en los costos (Medicamentos genéricos preferidos)	$5 de copago	$0 de copago	$5 de copago	$5 de copago	$5 de copago
Nivel 2 de participación en los costos (Medicamentos genéricos)	$9 de copago	$4 de copago	$9 de copago	$9 de copago	$9 de copago
Nivel 3 de participación en los costos (Medicamentos de marca preferidos)	$45 de copago	$40 de copago	$45 de copago	$45 de copago	$45 de copago
Nivel 4 de participación en los costos (Medicamentos no preferidos)	$85 de copago	$80 de copago	$85 de copago	$85 de copago	$85 de copago
Nivel 5 de participación en los costos (Medicamentos de especialidad)	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro

Sección 5.3 Si su médico prescribe un suministro para menos de un mes, es posible que usted no tenga que pagar el costo del suplemento para el mes entero

Generalmente, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre un suministro para todo un mes de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede prescribirle un suministro de medicamentos para menos de un mes. Pueden existir ocasiones en las que usted desee solicitarle a su médico que le prescriba un suministro para menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez que se sabe que tiene efectos secundarios graves). Si su médico prescribe un suministro para menos de un mes completo, usted no tendrá que pagar por un suministro para todo un mes de determinados medicamentos.

El monto que usted paga cuando obtiene un suministro para menos de un mes dependerá de si usted es responsable de pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si usted es responsable del coseguro, usted paga un porcentaje del total del costo del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta es para un suministro para un mes entero o para una cantidad menor de días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento será menor si usted obtiene un suministro para menos de un mes, el monto que usted paga será menor.
- Si usted es responsable de un copago para el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba. Calcularemos el monto que usted paga por día por su medicamento (la "tarifa diaria de participación en los costos") y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que usted recibe.
  - Este es un ejemplo: Supongamos que el copago para su medicamento para un suministro para un mes entero (un suministro de 30 días) es $30. Esto significa que el monto que usted paga por día por su medicamento es $1. Si recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago será $1 por día multiplicado por 7 días, para un pago total de $7.

La tarifa diaria de participación en los costos le permite asegurase de que su medicamento funcione en su caso, antes de que tenga que pagar por un suministro de un mes entero. Usted también puede solicitarles a su médico y a su farmacéutico que prescriban y expendan respectivamente un suministro para menos de un mes completo de un medicamento o medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de reposición de distintos medicamentos recetados, y así realizar menos viajes a la farmacia. El monto que usted pague dependerá del suministro para los días que reciba.

Sección 5.4 Un cuadro que muestra sus costos por un suministro a *largo plazo* de un medicamento para 90 días

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro prolongado") cuando compre sus medicamentos recetados. Un suministro a largo plazo es un suministro para 90 días. (Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

La tabla que figura a continuación muestra lo que usted debe pagar cuando obtiene un suministro a largo plazo (90 días) de un medicamento.

- Tenga en cuenta: Si los costos de su medicamento cubierto son menores que el monto del copago descrito en el cuadro, pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el monto que sea inferior*.

Su parte del costo cuando adquiere un suministro a *largo plazo* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

	Participación en los costos estándar en tiendas minoristas (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	**Participación en los costos preferida en tiendas minoristas (dentro de la red)** (hasta un suministro de 90 días)	**Participación en los costos por pedido por correo** (suministro de hasta 90 días)
Nivel 1 de participación en los costos (Medicamentos genéricos preferidos)	$5 de copago	$0 de copago	$5 de copago
Nivel 2 de participación en los costos (Medicamentos genéricos)	$9 de copago	$4 de copago	$9 de copago
Nivel 3 de participación en los costos (Medicamentos de marca preferidos)	$90 de copago	$80 de copago	$90 de copago
Nivel 4 de participación en los costos (Medicamentos no preferidos)	$170 de copago	$160 de copago	$170 de copago
Nivel 5 de participación en los costos (Medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del nivel 5.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos para el año alcancen los $3,750

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que ha surtido y repuesto alcance el **límite de $3,750 para la Etapa de cobertura inicial.**

El costo total de sus medicamentos se basa en la suma de los montos que ha pagado usted y los que ha pagado el plan de la Parte D:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que adquirió desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus costos directos). Esto incluye:
  - El total que pagó por concepto de la parte que le corresponde a usted del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan ha pagado** por concepto de la parte del costo que le corresponde por sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si se inscribió en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento del año 2018, el monto que el plan pagó durante la Etapa de cobertura inicial también se tiene en cuenta para los costos totales del medicamento).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a realizar un seguimiento de cuánto usted y el plan, así como cualquier tercero, han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de $3,750 en un año.

Le informaremos si usted alcanza este monto de $3,750. Si lo alcanza, dejará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de período sin cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de período sin cobertura, el plan proporciona cierta cobertura de medicamentos

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de período sin cobertura hasta que sus costos directos alcancen los $5,000

Cuando está en la Etapa de período sin cobertura, el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Usted paga el 35% del precio negociado y una parte de la tarifa de envío por los medicamentos de marca. Tanto el monto que paga como el monto descontado por el fabricante cuentan para sus costos directos como si hubiese pagado y pasa a la Etapa de período sin cobertura.

También recibe alguna cobertura para medicamentos genéricos. Usted paga el 44% del costo de los medicamentos genéricos o, de ser menor, su copago aplicable para un medicamento genérico del nivel 1. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (normalmente del 56%) no se toma en cuenta para sus costos directos. Solamente el monto que usted paga se toma en cuenta y así avanza en el período sin cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento para los medicamentos de marca y no más que el 44% de los costos de medicamentos genéricos hasta que sus pagos directos anuales alcancen un monto máximo establecido por Medicare. En el año 2018, ese monto es de $5,000.

Medicare tiene reglas sobre qué se cuenta y qué *no* se cuenta como sus costos directos. Cuando alcanza un límite de costos directos de $5,000, abandona la Etapa de período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situación catastrófica.

Sección 6.2 Cómo Medicare calcula sus costos directos para los medicamentos recetados

Las siguientes son las reglas de Medicare que debemos seguir cuando realizamos un seguimiento de sus costos directos por sus medicamentos.

Estos pagos están incluidos en sus costos directos

Cuando suma sus costos directos, **puede incluir** los pagos indicados a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este libro):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de cobertura inicial.

○ La Etapa de período sin cobertura.

- Cualquier pago que realizó durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si efectúa estos pagos **usted mismo**, están incluidos en sus costos directos.
- Estos pagos *también están incluidos* si los realizan en su nombre **otras personas u organizaciones determinadas.** Esto incluye pagos por sus medicamentos efectuados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones de beneficencia, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, por un programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare o por el Indian Health Service. Los pagos realizados por el programa de "Ayuda adicional" de Medicare, también están incluidos.
- Algunos de los pagos efectuados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare están incluidos. El monto que el fabricante paga por sus medicamentos de marca está incluido. Pero el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluido.

Paso a la Etapa de cobertura en situación catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) ha gastado un total de $5,000 en costos directos en el año calendario, pasará de la Etapa de período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situación catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus costos directos

Cuando suma sus costos directos, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos por los medicamentos recetados:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluso medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que efectúa por medicamentos recetados no cubiertos normalmente en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos realizados por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentre en la Etapa de período sin cobertura.
- Pagos de sus medicamentos efectuados por planes de salud grupales, incluso planes de salud a través del empleador.
- Pagos de sus medicamentos que se efectúan mediante determinados planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Veterans Affairs.
- Pagos de sus medicamentos efectuados por terceros con una obligación legal de pagar los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, Compensación de los trabajadores).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, tal como las que se indicaron anteriormente, paga una parte o la totalidad de sus costos directos por los medicamentos, debe informárselo a nuestro plan. Llame al Servicio de Atención al Cliente para informarlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

¿Cómo puede realizar un seguimiento de su costo directo total?

- **Le ayudaremos.** El informe *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus costos directos (la Sección 3 de este capítulo trata sobre este informe). Cuando alcanza un total de $5,000 en los costos directos para el año, este informe le avisará que usted ha abandonado la Etapa de período sin cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura en situación catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** La Sección 3.2 brinda información sobre lo que puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situación catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura en situación catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año

Usted reúne los requisitos para la Etapa de cobertura en situación catastrófica cuando sus costos directos hayan alcanzado el límite de $5,000 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura en situación catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta fines del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo por un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
  - – *ya sea* – coseguro del 5% del costo del medicamento
  - — *o* — $3.35 por un medicamento genérico o un medicamento que se considere genérico y $8.35 para todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

SECCIÓN 8 Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtenga

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener cobertura por separado para las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de administración de la vacuna

Nuestro plan proporciona cobertura para una serie de vacunas de la Parte D. También cubrimos las vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre la cobertura de estas vacunas consultando el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.

Existen dos partes para nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **aplicarle la vacuna**. (Algunas veces, esto se denomina “administrar” la vacuna).

¿Cuánto paga por una vacuna de la Parte D?

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

1. **El tipo de vacuna** (para qué se le vacuna).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre su cobertura de estas vacunas consultando el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar).*
   - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas incluidas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
2. **Lugar donde obtiene la vacuna.**
3. **¿Quién le administra la vacuna?**

Lo que paga en el momento en que obtiene la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- Algunas veces, cuando lo vacunan, tendrá que pagar el costo completo de la vacuna y de la administración de la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse la parte que nos corresponde del costo.
- Otras veces, cuando obtiene la vacuna o le administran la vacuna, pagará solo su parte del costo.

Para demostrarle cómo funciona, le presentamos tres formas comunes en las que podría recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos relacionados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa de período sin cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se la administran en la farmacia de la red. (El hecho de contar con esta opción depende del lugar en donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren una vacuna).

- Usted tendrá que pagar a la farmacia el monto de su copago o coseguro por la vacuna y el costo de 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.

- Cuando recibe la vacuna, usted pagará el costo completo de la vacuna y su administración.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este libro (*Cómo solicitar que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que pagó menos su copago o coseguro normal por la vacuna (incluida la administración) menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe la "Ayuda adicional", le reembolsaremos esa diferencia).

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

- Usted tendrá que pagar a la farmacia el monto de su copago o coseguro por la vacuna.
- Cuando su médico le administra la vacuna, usted pagará el costo completo de este servicio. Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte del costo que nos corresponde utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este libro.
- Se le reembolsará el monto que le cobró el médico por la administración de la vacuna menos la diferencia entre el monto que el médico cobra y lo que pagamos habitualmente. (Si recibe la "Ayuda adicional", le reembolsaremos esa diferencia).

Sección 8.2 Es posible que desee llamarnos al Servicio de Atención al Cliente antes de vacunarse

Las reglas para la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarlo. Recomendamos que primero nos llame al Servicio de Atención al Cliente cuando esté planificando vacunarse. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

- Podemos informarle cómo cubre nuestro plan su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Podemos informarle cómo mantener bajos sus propios costos al utilizar proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar una farmacia o un proveedor de la red, podemos informarle lo que necesita hacer para obtener el pago correspondiente a nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

Cómo solicitar que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitar que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos 101

Sección 1.1 Si usted paga la parte del costo que le corresponde a nuestro plan por sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago 101

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le realicemos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido 102

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago 102

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos 103

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos 103

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos toda o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación 103

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos una copia 103

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus costos directos de los medicamentos 103

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga la parte del costo que le corresponde a nuestro plan por sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago

Algunas veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total de inmediato. Otras veces, puede notar que ha pagado más de lo esperado conforme a las reglas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el dinero (a menudo, devolverle el dinero se denomina "reembolsarlo"). Usted tiene derecho a recibir el reembolso de nuestro plan cuando ha pagado más de la parte del costo que le corresponde en concepto de los servicios médicos o medicamentos que se encuentran cubiertos por nuestro plan.

Además, es posible que algunas veces reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido. En muchos casos, nos debe enviar esta factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deberían cubrirse. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

Los siguientes son ejemplos de situaciones en las que posiblemente necesite solicitarle a nuestro plan que le reembolse el dinero o pague una factura que ha recibido:

1. **Cuando reciba atención médica de emergencia o urgencia de un proveedor que no se encuentra en la red de nuestro plan**

   Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de que el proveedor sea parte de nuestra red o no. Cuando recibe servicios de emergencia o urgencia de un proveedor que no es parte de nuestra red, usted es responsable de pagar su parte del costo, no el costo total. Debe solicitar al proveedor que le facture al plan nuestra parte del costo.

   - Si usted paga el monto completo en el momento que recibe la atención, debe solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con los documentos de cualquier pago que haya realizado.
   - Algunas veces, es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le solicite un pago que usted cree que no le corresponde. Envíenos esta factura, junto con los documentos de cualquier pago que ya haya realizado.
     - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente a él.
     - Si ya ha pagado más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía pagar usted y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

   Los proveedores de la red siempre deben facturarle directamente al plan y solicitarle que usted pague solo su parte del costo. No obstante, algunas veces se equivocan y le solicitan que pague más de lo que le corresponde.

   - Solamente tiene que pagar su monto de participación en los costos cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores que agreguen cargos por separado adicionales, llamados "facturación del saldo". Esta protección (que usted nunca paga más que su monto de participación en los costos) se aplica, incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra el proveedor por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la "facturación del saldo", consulte el Capítulo 4, Sección 1.3.
   - Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que usted cree que supera lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
   - Si usted ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con los documentos de los pagos que haya realizado y solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el que debía pagar conforme al plan.

3. **Si está inscrito con carácter retroactivo en nuestro plan.**

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

   Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y realizó un pago directo por cualquiera de sus medicamentos o servicios cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos un reembolso de nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos documentación para que manejemos el reembolso.

Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para realizar la solicitud. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).

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

   Si visita una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de membresía para surtir un medicamento recetado, es posible que la farmacia no pueda presentar el reclamo directamente a nosotros. Cuando eso suceda, usted tendrá que pagar el costo total de su medicamento recetado. (Cubrimos medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red solamente en algunas pocas situaciones. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información).

   Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso de nuestra parte del costo.

5. **Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted**

   Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. No obstante, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita inmediatamente, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado.

   Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso de nuestra parte del costo.

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

   Puede pagar el costo total de un medicamento recetado porque advierte que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

   - Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o puede tener un requisito o una restricción que usted desconocía o que no cree que se aplique en su caso. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, es posible que deba pagar el costo total.
   - Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este libro (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*), contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le realicemos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos a la siguiente dirección:

Para las reclamaciones de la Parte C (Servicios médicos)
Cigna-HealthSpring
Attn: Medical Claims
P.O. Box 981706
El Paso, TX 79998

Para las reclamaciones de la Parte D (Medicamentos recetados)
Cigna-HealthSpring
Attn: DMR
P.O. Box 20002
Nashville, TN 37202

Debe presentarnos su queja dentro de un plazo de 12 meses para los artículos o servicios médicos, o 3 años para los medicamentos recetados de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). Si no sabe qué monto debía pagar o recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas para obtener la atención médica o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si usted todavía no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que necesita seguir para recibir sus servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las reglas que necesita seguir para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D cubiertos).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. En cambio, le enviaremos una carta que explique los motivos por los que no estamos enviando el pago que solicitó y sus derechos a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos toda o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que hemos cometido un error en rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este libro *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))*. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si nunca ha presentado una apelación, le será útil comenzar por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección de introducción que explica el proceso de las decisiones de cobertura y apelaciones, y proporciona definiciones de términos tal como “apelación”. Luego, después de haber leído la Sección 4, puede consultar la sección del Capítulo 9 que ofrece información sobre lo que debe hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación para recibir el reembolso de un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación para recibir el reembolso de un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos una copia

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus costos directos de los medicamentos

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que realizó por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando el pago. En cambio, nos está informando sobre sus pagos, de manera que podamos calcular sus costos directos correctamente. Esto puede ayudarlo a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura en situación catastrófica de forma más rápida.

Las siguientes son dos situaciones en las que debe enviarnos las copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que realizó por sus medicamentos:

1. **Cuando compra el medicamento a un precio inferior a nuestro precio**

   Algunas veces, cuando se encuentra en la Etapa de período sin cobertura, puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** a un precio inferior al precio del plan.

   - Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial para el medicamento. O bien, usted podría tener una tarjeta de descuento que es externa a nuestro beneficio y ofrece un precio menor.
   - Salvo que se apliquen condiciones especiales, debe utilizar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar en nuestra Lista de medicamentos.
   - Guarde su recibo y envíenos una copia de manera que podamos calcular sus gastos directos en función de reunir los requisitos para la Etapa de cobertura en situación catastrófica.

- **Tenga en cuenta:** Si se encuentra en la Etapa de período sin cobertura, el plan no pagará ninguna parte de los costos de estos medicamentos. No obstante, el hecho de enviarnos una copia del recibo nos permite calcular sus costos directos correctamente y puede ayudarlo a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura en situación catastrófica de forma más rápida.

2. Cuando obtiene un medicamento mediante un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos que es externo a los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento mediante un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, puede pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia de manera que podamos calcular sus gastos directos en función de reunir los requisitos para la Etapa de cobertura en situación catastrófica.
- **Tenga en cuenta:** Debido a que obtiene su medicamento mediante el programa de asistencia al paciente y no mediante los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. No obstante, el hecho de enviarnos una copia del recibo nos permite calcular sus costos directos correctamente y puede ayudarlo a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura en situación catastrófica de forma más rápida.

Debido a que no está solicitando el pago en los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 107

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de manera que la entienda bien (en otros idiomas que no sean inglés, en braille, en impresión con letra grande o en otros formatos, etc.)
We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, in large print, or other alternate formats, etc.) 107

Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad, respeto y consideración de su dignidad en todo momento 107

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos 108

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal 108

Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca del plan, la red de proveedores del plan y los servicios que están cubiertos para usted 109

Sección 1.6 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica 110

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado 111

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos? 111

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos 111

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 112

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 112

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de manera que la entienda bien (en otros idiomas que no sean inglés, en braille, en impresión con letra grande o en otros formatos, etc.)
We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

Para obtener mayor información de nuestra compañía en la manera que más le convenga, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este libro).

Nuestro plan cuenta con personal y servicio gratuito de intérprete de idiomas que podrá responder a las preguntas de los miembros que no hablen inglés y de los miembros que tengan alguna discapacidad. Además, podemos darle información en braille, en impresión con letra grande, o en otros formatos sin costo si así lo necesita. Es nuestra obligación darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra compañía en la manera que más le convenga, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este libro) o comuníquese con nuestro departamento de quejas por agravios para miembros (Member Grievances department); los números telefónicos están impresos en la información de contacto bajo el título "Quejas sobre su atención médica" en el Capítulo 2, Sección 1 de este libro.

Si tiene dificultades para conseguir información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, puede presentar una queja por agravios comunicándose con nuestro departamento de quejas por agravios para miembros (Member Grievances department); los números telefónicos se encuentran impresos en la información de contacto bajo el título "Quejas sobre su atención médica" en el Capítulo 2, Sección 1 de este libro. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta *Constancia de cobertura* o en este correo, o puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este libro) para solicitar más información.

To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and 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 are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact or our Member Grievances department (phone numbers are printed in the Complaints About Medical Care contact information in Chapter 2, Section 1 of this booklet).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with our Member Grievances department (phone numbers are printed in the Complaints About Medical Care contact information in Chapter 2, Section 1 of this booklet). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this *Evidence of Coverage* or with this mailing, or you may contact Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) for additional information.

Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad, respeto y consideración de su dignidad en todo momento

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** sobre la base de la raza de una persona, su origen étnico, nacionalidad, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, antecedentes de reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicios.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención médica, comuníquese con nosotros al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para silla de ruedas, el Servicio de Atención al Cliente puede ayudarlo.

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan para que le proporcione y organice sus servicios cubiertos (en el Capítulo 3 se ofrece más información). Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener información sobre los médicos que aceptan pacientes nuevos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). Usted también tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) y a proveedores de salud del comportamiento sin una remisión.

También tiene derecho a recibir atención que no es de emergencia si el consultorio de su PCP está cerrado. Si necesita hablar con su PCP u obtener atención médica cuando el consultorio del PCP está cerrado, y *no* se trata de una emergencia médica, llame al PCP al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de membresía. Siempre habrá un médico a su disposición para ayudarlo. El Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (Telecommunications Relay Service, TRS) proporciona un servicio de transmisión para las personas sordas, las personas con dificultades auditivas y/o las personas con trastornos del habla y el lenguaje al marcar el 711. El TRS lo ayudará a comunicarse con su PCP.

Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *en un tiempo razonable*. Esto incluye el derecho de recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesita esa atención. Usted también tiene derecho a surtir o reponer sus medicamentos recetados en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin retrasos prolongados.

Si cree que no está obteniendo su atención médica o medicamentos de la Parte D en un tiempo razonable, el Capítulo 9, Sección 10 de este libro brinda información sobre lo que puede hacer. (Si hemos rechazado la cobertura para su atención médica o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 4, brinda información sobre lo que puede hacer).

La evaluación de nuevas tecnologías de Cigna HealthSpring

Nos enorgullece brindar a nuestros clientes los mejores beneficios médicos y de farmacia disponibles. Nuestro Comité de farmacia y terapéutica, y nuestro Comité de pautas clínicas revisan cuidadosamente los nuevos medicamentos, los procedimientos médicos y conductuales, y los dispositivos como posibles ampliaciones de los beneficios para nuestros clientes. El Comité de farmacia y terapéutica está compuesto por médicos en ejercicio, farmacéuticos y nuestros directores médicos. Juntos, estos profesionales revisan nuevos medicamentos mientras evalúan las pautas clínicas disponibles, y estudios médicos y fármaco-económicos basados en evidencia. El Comité de pautas clínicas está compuesto por nuestros directores médicos, farmacéuticos y especialistas en salud conductual. Este comité evalúa las tecnologías médicas y conductuales revisando datos pertinentes que incluyen pautas basadas en evidencia, datos de seguridad, información relacionada de los CMS y otra información reguladora, y aportes de especialistas expertos. Basándose en estas revisiones, los comités luego votan qué medicamentos, procedimientos médicos y conductuales y dispositivos ofrecer que se consideren efectivos y eficaces, y que brinden el mayor beneficio a nuestros clientes.

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de sus registros médicos e información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo requerido por estas leyes.

- Su "información de salud personal" incluye la información personal que usted nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le proporcionamos una notificación por escrito, denominada "Notificación de prácticas de privacidad", que informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si proporcionamos su información de salud a cualquier persona que no esté brindándole o pagándole la atención médica, *primero debemos obtener su autorización por escrito.* La autorización por escrito la puede otorgar usted u otra persona a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su autorización por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.

- Por ejemplo, se nos exige que divulguemos información de salud a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención médica.
- Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige que brindemos a Medicare su información de salud, incluso información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se realizará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales.

Puede ver la información que figura en sus registros y saber cómo se ha compartido con otras personas

Usted tiene derecho a revisar sus registros médicos mantenidos en el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrar un cargo por copiar esta información. También tiene derecho a solicitarnos realizar adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si nos solicita esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios se deben realizar.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con terceros por cualquier motivo que no sea de rutina.

Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de la privacidad de su información de salud personal, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca del plan, la red de proveedores del plan y los servicios que están cubiertos para usted

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a obtener diferentes tipos de información de nosotros. (Según lo explicado anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a que le proporcionemos información de forma tal que a usted le sirva. Esto incluye recibir información en otros idiomas además del inglés, impresión en letras grandes u otros formatos alternativos).

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan. Además, incluye información sobre la cantidad de apelaciones realizadas por los miembros y las calificaciones de desempeño del plan, incluso cómo ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red, incluidas nuestras farmacias de la red.**
  - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y de las farmacias de nuestra red, y sobre cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Para obtener una lista de proveedores y farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de farmacias y proveedores*.
  - Para obtener información más detallada acerca de nuestros proveedores o farmacias, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro) o visitar nuestro sitio web, www.cignahealthspring.com.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al utilizar su cobertura.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este libro, explicamos los servicios médicos que están cubiertos para usted, cualquier restricción a su cobertura y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
  - Para obtener los detalles de su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este libro y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, le informan los medicamentos que están cubiertos y explican las reglas que debe seguir, y las restricciones a su cobertura de ciertos medicamentos.
  - Si tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto para usted o si su cobertura está restringida de alguna forma, puede solicitarnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a obtener esta explicación, incluso si ha recibido el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.

- Si no está conforme o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el servicio médico o el medicamento de la Parte D que está cubierto para usted, usted tiene derecho a solicitarnos un cambio de decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión presentando una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la forma que considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este libro. Le proporciona detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (En el Capítulo 9 también se informa sobre cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y otras inquietudes).
- Si desea solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por atención médica o por un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este libro.

Sección 1.6 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica
Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando va en busca de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de tal forma que usted pueda comprenderlas.*

Usted también tiene derecho a participar completamente en decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre el mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de los costos o de si nuestro plan las cubre o no. Esto también incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a gestionar sus medicamentos y a utilizarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen sobre los riesgos relacionados con su atención médica. Le deben informar por anticipado si la atención médica o el tratamiento propuestos son parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de no participar en tratamientos experimentales.
- **El derecho a decir "no".** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho de abandonar el hospital u otra instalación médica, incluso si su médico le recomienda que no se retire. Además, usted tiene derecho a dejar de usar su medicación. Por supuesto, si rechaza un tratamiento o deja de usar su medicación, usted acepta que es completamente responsable por lo que pueda sucederle a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de atención médica.** Usted tiene el derecho de que le proporcionemos una explicación en caso de que un proveedor se niegue a brindar la atención médica que usted cree que debería recibir. Para recibir esta explicación, tendrá que solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este libro brinda información sobre cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a proporcionar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo
Algunas veces, las personas se vuelven incapaces de tomar por sí mismas decisiones relacionadas con la atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, usted puede:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted**, si alguna vez se vuelve incapaz de tomarlas usted mismo.
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que manejen su atención médica, si se vuelve incapaz de tomar decisiones usted mismo.

Los documentos legales que puede usar para impartir instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **"directrices anticipadas".** Existen diferentes tipos de directrices anticipadas y diferentes formas de denominarlas. Los documentos denominados **"testamento en vida"** y **"poder para atención médica"** son ejemplos de directrices anticipadas.

Si desea utilizar una "directriz anticipada" para proporcionar sus instrucciones, tiene que hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Si desea tener una directriz anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, asistente social o alguna tienda de suministros de oficina. Algunas veces, puede obtener los formularios de directrices anticipadas solicitándolos a organizaciones que brindan información a las personas sobre Medicare.
- **Complételo y fírmelo.** Independientemente de dónde obtiene este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Es recomendable que un abogado lo ayude a prepararlo.

- **Proporcione copias a las personas adecuadas.** Usted debe proporcionar una copia del formulario a su médico y a la persona que indica en el formulario como la que toma decisiones por usted, en el caso de que usted no pueda hacerlo. Es posible que quiera proporcionar copias a amigos íntimos o familiares. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si sabe con anticipación que va a ser hospitalizado y ha firmado una directriz anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- Si ingresa en el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directriz anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directriz anticipada, el hospital cuenta con formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea completar una directriz anticipada (incluso si desea firmar una cuando se encuentra en el hospital). Conforme a la ley, nadie puede negarle atención médica o discriminarlo por haber firmado o no una directriz anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?
Si ha firmado una directriz anticipada y cree que un médico u hospital no han seguido las instrucciones, puede presentar una queja ante Texas Health and Human Services.

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema o inquietud sobre su atención médica o sus servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este libro brinda información sobre lo que puede hacer. Proporciona detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que necesita hacer para realizar el seguimiento de un problema o una inquietud depende de la situación. Usted podría necesitar solicitar a nuestro plan que tome una decisión de cobertura en su caso, presentar una apelación ante nosotros para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **debemos tratarlo con imparcialidad.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos?

Si se trata de discriminación, comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles.
Si cree que lo han tratado injustamente o no se han respetado sus derechos por motivos de raza, discapacidad, religión, género, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otro tema?
Si cree que lo han tratado injustamente o no se han respetado sus derechos *y* no se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que tiene:

- Puede **llamar al Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud.** Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O bien, **puede comunicarse con Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Existen diferentes lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar al Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare.**

- Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Your Medicare Rights & Protections" (Sus derechos y protecciones de Medicare). (La publicación se encuentra disponible en: https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf).
- O, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Usted tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades del miembro de Cigna-HealthSpring.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación se indican las cosas que necesita hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a los Servicios de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener dichos servicios cubiertos.** Utilice este libro de *Constancia de cobertura* para saber qué está cubierto en su caso y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 proporcionan los detalles sobre sus servicios médicos, incluso lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que debe seguir y lo que debe pagar.
  - Los Capítulos 5 y 6 proporcionan los detalles sobre su cobertura para los medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si cuenta con otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos al respecto.** Llame al Servicio de Atención al Cliente para informarlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).
  - Debemos seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que esté utilizando toda su cobertura en combinación cuando recibe sus servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina **"coordinación de beneficios"** porque implica coordinar los beneficios de salud y de medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud o de medicamentos disponible para usted. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, vaya al Capítulo 1, Sección 10).
- **Informe a su médico y demás proveedores de atención médica que usted se encuentra inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando obtenga su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a ayudarlo a usted al brindarles información, formularles preguntas y continuar con su atención médica.**
  - Para ayudar a sus médicos y a otros proveedores de salud a brindarle la mejor atención médica, aprenda lo más que pueda sobre sus problemas de salud y bríndeles la información necesaria sobre usted y su salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento que acordaron usted y sus médicos.
  - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está usando, incluso los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de formularla. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica le expliquen de una forma que sea comprensible para usted. Si usted formula una pregunta y no comprende la respuesta que le dan, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los otros pacientes. También esperamos que actúe de tal forma que ayude al correcto funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - A fin de reunir los requisitos para nuestro plan, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Por este motivo, algunos miembros del plan pagarán una prima para la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros del plan pagarán una prima para la Parte B de Medicare para seguir siendo miembros del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar la parte que le corresponde del costo cuando recibe el servicio o el medicamento. Este será un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le informa qué debe pagar usted por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le informa qué debe pagar usted por sus medicamentos recetados de la Parte D.

- Si obtiene algún servicio médico o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan o por otro seguro que usted tenga, debe pagar el costo total.
  - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negar cobertura para un servicio o medicamento, puede realizar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este libro para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- Si tiene que pagar el monto adicional para la Parte D debido a su ingreso anual, debe pagar el monto adicional directamente al gobierno para permanecer siendo miembro del plan.

- **Infórmenos si se muda.** Si se mudará, es importante que nos avise de inmediato. Llame al Servicio de Atención al Cliente (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).
- **Si se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no puede continuar siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 brinda información sobre nuestra área de servicios). Podemos ayudarlo a verificar si se muda fuera de nuestra área de servicios. Si se muda de nuestra área de servicios, tendrá un Período de inscripción especial cuando pueda inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
  - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicios, aun así necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
  - Si se muda, también es importante que lo informe al Seguro Social (o la Railroad Retirement Board). Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También son bienvenidas las sugerencias que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro.
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluso nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

ANTECEDENTES 117

SECCIÓN 1 Introducción 117
Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud 117
Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales? 117

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros 117
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 117

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 118
Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas? 118

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES 118

SECCIÓN 4 Una guía sobre los elementos fundamentales de las decisiones de cobertura y apelaciones 118
Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: visión general 118
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación 119
Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación? 119

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 120
Sección 5.1 Esta sección brinda información sobre qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención médica 120
Sección 5.2 Instrucciones detalladas: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea) 121
Sección 5.3 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan) 123
Sección 5.4 Instrucciones detalladas: cómo se realiza una apelación de nivel 2 125
Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por atención médica? 126

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 127
Sección 6.1 Esta sección brinda información sobre qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le realicemos un reembolso por un medicamento de la Parte D 127
Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 128
Sección 6.3 Datos importantes sobre la solicitud de excepciones 129
Sección 6.4 Instrucciones detalladas: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción 129
Sección 6.5 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 131
Sección 6.6 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 2 133

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización como paciente internado durante más tiempo si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto 134

Sección 7.1 Durante su hospitalización, usted recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informará sus derechos 135

Sección 7.2 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 1 para modificar su fecha de alta del hospital 135

Sección 7.3 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 2 para modificar su fecha de alta del hospital 137

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se le pasa el plazo para presentar su apelación de nivel 1? 138

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto 140

Sección 8.1 *Esta sección trata únicamente sobre tres servicios:* servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada o de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) 140

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura 140

Sección 8.3 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más prolongado 141

Sección 8.4 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más prolongado 142

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se le pasa el plazo para presentar su apelación de nivel 1? 143

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y a los niveles superiores 145

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de servicio médico 145

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de medicamentos de la Parte D 146

PRESENTACIÓN DE QUEJAS 146

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente u otras inquietudes 146

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan mediante el proceso de quejas? 146

Sección 10.2 El nombre formal para “presentación de una queja” es “presentación de una queja por agravios” 148

Sección 10.3 Instrucciones detalladas: presentación de una queja 148

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención médica a la Organización para la mejora de la calidad 148

Sección 10.5 Además puede informar a Medicare sobre su queja 149

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo explica dos tipos de procesos para tratar problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, usted necesita usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros tipos de problemas, necesita utilizar el **proceso para presentar quejas.**

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y el manejo inmediato de sus problemas, cada proceso cuenta con un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál debe utilizar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos legales técnicos para algunas de estas reglas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender.

Para simplificar, en este capítulo se explican las reglas y los procedimientos legales con palabras más simples en lugar de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo, en general, dice “presentar una queja”, en lugar de “presentar una queja por agravios”, “decisión de cobertura”, en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” y “Organización de Revisión Independiente”, en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil (y algunas veces bastante importante) que usted conozca los términos legales correctos para la situación en la que está. Conocer los términos lo ayudará a comunicarse de manera más clara y precisa al manejar su problema, y a obtener la ayuda o la información correcta para su situación. Para ayudarlo a que conozca los términos que debe utilizar, incluimos términos legales cuando proporcionamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces, puede ser confuso comenzar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene energía limitada. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento necesario para realizar el próximo paso.

Reciba ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible que usted también quiera recibir ayuda u orientación de una persona que no esté relacionada con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP)**. Este programa gubernamental ha capacitado a asesores en todos los estados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar los problemas que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle asesoramiento sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3 de este libro.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. Las siguientes son dos formas de obtener información directamente de Medicare:

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

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o inquietud, solamente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía lo ayudará.

Para averiguar la parte de este capítulo que lo ayudará con su problema o inquietud específicos, **COMIENCE AQUÍ**

¿Su problema o inquietud es acerca de sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas sobre si determinados medicamentos recetados o atención médica están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).

Sí. Mi problema es acerca de beneficios o cobertura.

Continúe con la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, "Una guía sobre los elementos fundamentales de las decisiones de cobertura y apelaciones".**

No. Mi problema no es acerca de beneficios o cobertura.

Pase a la **Sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente u otras inquietudes".**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía sobre los elementos fundamentales de las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: visión general

El proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones trata problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluso problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted utiliza para problemas tales como si un medicamento está cubierto o no, y la forma en que algo está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo: su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) en su caso cuando usted recibe su atención médica o si su médico de la red lo remite con un especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a prestarle la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura en su caso.

Tomamos una decisión de cobertura en su caso cada vez que decidimos lo que se cubre en su caso y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no están cubiertos o que Medicare ya no los cubre en su caso. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está conforme con esta decisión, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando usted apela la decisión por primera vez, se denomina una apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Su apelación es manejada por otros revisores diferentes de los que tomaron la decisión no favorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le daremos a conocer nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias, las cuales explicamos más adelante, usted puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación de nivel 1, puede pasar a la apelación de nivel 2. Una organización independiente que no está relacionada con nosotros realiza la apelación de nivel 2. (En algunas situaciones, su caso será automáticamente enviado a la organización independiente para una apelación de nivel 2. Si esto sucede, se lo informaremos.

En otras situaciones, necesitará solicitarnos una apelación de nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

¿Le gustaría recibir ayuda? Los siguientes son los recursos que podría utilizar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar al Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, comuníquese con su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.**
  - Para la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el nivel 1, será transferida automáticamente al nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
  - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro médico que recete puede solicitar en su nombre una decisión de cobertura, una apelación de nivel 1 o una apelación de nivel 2. Para solicitar una apelación después del nivel 2, su médico u otro médico que recete debe ser designado como su representante.
- **Puede solicitar que una persona actúe en su nombre.** Si desea, puede designar a otra persona para que actúe por usted como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Es posible que ya haya una persona autorizada legalmente para actuar como su representante conforme a la ley estatal.
  - Si desea que un amigo, familiar, su médico, otro proveedor u otra persona sean su representante, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro) y solicite el formulario de "Designación de 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). El formulario le otorga permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y la otra persona que usted quiere que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.
- **Además, usted tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Además, existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos necesarios. Sin embargo, **no se le exige que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Debido a que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, proporcionamos los detalles para cada una en una sección por separado:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización como paciente internado durante más tiempo si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto"
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto" (*Se aplica a los siguientes servicios únicamente:* servicios de atención médica domiciliaria, centro de enfermería especializada y Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF))

Si no está seguro sobre qué sección debe utilizar, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). Además, puede obtener ayuda o información a través de organizaciones gubernamentales, como el SHIP (en el Capítulo 2, Sección 3 de este libro, encontrará los números de teléfono de este programa).

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía sobre "los elementos fundamentales" de las decisiones de cobertura y apelaciones*)? De no ser así, le recomendamos que la lea antes de comenzar esta sección.

Sección 5.1 Esta sección brinda información sobre qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención médica

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios están descritos en el Capítulo 4 de este libro: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*. Para simplificar, generalmente nos referimos a "cobertura de atención médica" o a "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "atención, tratamiento o servicios médicos" cada vez.

Esta sección brinda información sobre lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted no recibe cierta atención médica que desea y cree que dicha atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico quiere brindarle, y usted cree que esta atención médica está cubierta por el plan.
3. Usted ha recibido atención o servicios médicos que cree que deben estar cubiertos por el plan, pero le hemos dicho que no pagaremos esta atención.
4. Usted ha recibido y pagado atención o servicios médicos que cree que deben estar cubiertos por el plan y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse el costo de dicha atención médica.
5. Se le informó que la cobertura para cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos anteriormente se reducirá o interrumpirá, y usted considera que reducir o interrumpir dicha atención médica podría dañar su salud.

   NOTA: **Si la cobertura que se interrumpirá es para los servicios de atención hospitalaria, de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada o de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF),** es necesario que lea otra sección de este capítulo porque se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. A continuación le explicamos lo que debe leer en esas situaciones:

   - Capítulo 9, Sección 7: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización como paciente internado durante más tiempo si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
   - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.* Esta sección trata sobre tres servicios únicamente: servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada y de un CORF.

   En el caso de *todas las demás* situaciones que impliquen la notificación de que la atención médica que ha estado recibiendo se interrumpirá, utilice esta sección (Sección 5) como su guía para saber lo que debe hacer.

¿En qué situación se encuentra?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea saber si cubriremos la atención médica o los servicios que desea?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura en su caso. Consulte la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5.2**.
¿Ya le informamos que no cubriremos o pagaremos un servicio médico de la forma en que usted desea que sea cubierto o pagado?	Puede presentar una **apelación**. (Esto significa que nos está solicitando que volvamos a considerarlo). Pase a la **Sección 5.3** de este capítulo.
¿Quiere solicitarnos que le reembolsemos por atención o servicios médicos que ya ha recibido y pagado?	Puede enviarnos la factura. Pase a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Instrucciones detalladas: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se denomina **"determinación de la organización"**.

Paso 1: Usted le pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud requiere de una respuesta rápida, debe solicitarnos una **"decisión de cobertura rápida".**

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina **"determinación acelerada"**.

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para presentar su solicitud de que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura acerca de su atención médica.*

En general, utilizamos los plazos estándares para comunicarle nuestra decisión

Cuando le demos a conocer nuestra decisión, utilizaremos los plazos "estándares", a menos que hayamos acordado utilizar los plazos "rápidos". **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si solicita más tiempo o si necesitamos información (tal como registros médicos de proveedores fuera de la red) que puede beneficiarlo. Si decidimos utilizar más días para tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.
- Si cree que *no* deberíamos tomarnos más días, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, solicítenos que le brindemos una "decisión de cobertura rápida"

- **Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos en un plazo de 72 horas.**
  - **Sin embargo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si descubrimos que falta información que pueda beneficiarlo (como, por ejemplo, registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos más días, se lo notificaremos por escrito.
  - Si cree que *no* deberíamos tomarnos más días, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos más días. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos una decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita cobertura de atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya recibió).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándares podría *causar daños graves a su salud o dañar su capacidad para desempeñarse*.
- **Si su médico nos informa que su salud requiere de una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le proporcionemos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta informándole al respecto (y, en su lugar, utilizaremos los plazos estándares).

- ○ Esta carta le informará que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le proporcionaremos una decisión de cobertura rápida.
- ○ Además, la carta le indicará cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos una respuesta.

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- En general, para una decisión de cobertura rápida, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas**.
  - ○ Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más en ciertas circunstancias. Si decidimos utilizar más días para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito.
  - ○ Si cree que *no* deberíamos tomarnos más días, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - ○ Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o, si existe un período extendido, para el final de dicho período), usted tiene el derecho de presentar una apelación. La Sección 5.3, que aparece a continuación, brinda información sobre cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es positiva con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica que hemos acordado brindarle en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si extendemos el período necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, proporcionaremos o autorizaremos la cobertura para el final de dicho período extendido.
- **Si nuestra respuesta es negativa con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito que explique el motivo de nuestro rechazo.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar"

- En general, para una decisión de cobertura estándar, le daremos una respuesta **en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.**
  - ○ Podemos tomarnos hasta 14 días calendario más ("un período extendido") en ciertas circunstancias. Si decidimos utilizar más días para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito.
  - ○ Si cree que *no* deberíamos tomarnos más días, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - ○ Si no le damos una respuesta en un plazo de 14 días calendario (o, si existe un período extendido, para el final de dicho período), usted tiene el derecho de presentar una apelación. La Sección 5.3, que aparece a continuación, brinda información sobre cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es positiva con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado brindarle en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si extendemos el período necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, proporcionaremos o autorizaremos la cobertura para el final de dicho período extendido.
- **Si nuestra respuesta es negativa con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestro rechazo.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si decidimos no otorgar la cobertura, usted tiene el derecho de presentar una apelación para solicitarnos que reconsideremos (y posiblemente cambiemos) esa decisión. Presentar una apelación significa intentar obtener nuevamente la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasa al nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 que aparece a continuación).

Sección 5.3 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina una **"reconsideración"** del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud requiere de una respuesta rápida, usted debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué debe hacer

- **Para comenzar una apelación, usted, su médico o representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica.*
- **Si solicita una apelación estándar, realice dicha apelación por escrito al presentar una solicitud.**
  - Si alguna persona apela nuestra decisión en su nombre que no sea su médico, su apelación debe incluir un formulario de Designación de representante que autorice a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro) y solicite el formulario de "Designación de representante". También se encuentra disponible en el sitio web de Medicare en https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario en el plazo de los 44 días calendario de recibida su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle su derecho a solicitar que la Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos** al número telefónico que figura en el Capítulo 2, Sección 1 *(Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica).*
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en la notificación por escrito que le enviamos para informarle sobre nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si deja pasar este plazo y tiene un buen motivo para hacerlo, es posible que le proporcionemos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buen motivo para no cumplir el plazo pueden ser que tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información errónea o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con la decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
  - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede hacer una solicitud llamándonos por teléfono)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada".**

- Si presenta una apelación contra una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención médica que todavía no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si usted necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida". Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se detallan anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos informa que su salud requiere de una "apelación rápida", le proporcionaremos una apelación rápida.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, volvemos a examinar atentamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Lo hacemos para ver si cumplimos con todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Podemos comunicarnos con usted o su médico para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta más pronto si así lo requiere su salud.
  - Sin embargo, si usted solicita más tiempo o si debemos reunir más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más**. Si decidimos utilizar más días para tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del período extendido, si nos tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionarle en el plazo de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una notificación de rechazo por escrito en el que se explique que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para que se proceda a una apelación de nivel 2.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación, si su apelación es sobre la cobertura para servicios que todavía no ha recibido. Le daremos una respuesta más pronto si así lo requiere su estado de salud.
  - Sin embargo, si usted solicita más tiempo o si debemos reunir más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más**. Si decidimos utilizar más días para tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.
  - Si cree que *no* deberíamos tomarnos más días, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos una respuesta antes de transcurrido el plazo anterior (o al final del período extendido, si nos tomamos días adicionales), debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva con respecto a parte o todo lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado brindarle en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una notificación de rechazo por escrito en el que se explique que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para que se proceda a una apelación de nivel 2.

<u>Paso 3:</u> Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarse de que estamos siguiendo todas las reglas cuando rechazamos su apelación, **debemos enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Al hacerlo, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el nivel 2.

Sección 5.4 Instrucciones detalladas: cómo se realiza una apelación de nivel 2

Si rechazamos su apelación de nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión para su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es la "**Entidad de Revisión Independiente**". A veces, se la denomina "**IRE**" **(Independent Review Entity)**.

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñarse como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. Esta información se denomina "expediente del caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a brindarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinarán atentamente toda la información relacionada con su apelación.

Si obtuvo una "apelación rápida" en el nivel 1, también tendrá una "apelación rápida" en el nivel 2

- Si tenía una apelación rápida a nuestro plan en el nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el nivel 2. La organización de revisión debe proporcionarle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario más.**

Si obtuvo una "apelación estándar" en el nivel 1, también tendrá una "apelación estándar" en el nivel 2

- Si tenía una apelación estándar a nuestro plan en el nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el nivel 2. La organización de revisión debe proporcionarle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en el plazo de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario más.**

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da una respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito y le explicará sus razones.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de 72 horas o debemos proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de recibir la decisión que tomó la organización de revisión para solicitudes estándar o en un plazo de 72 horas después de que el plan recibió la decisión de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** esto significa que la organización está de acuerdo con nosotros en cuanto a que no se debe aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se denomina "mantener la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").

- Si la Organización de Revisión Independiente "mantiene la decisión", usted tiene derecho a una apelación de nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita debe cumplir con un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión del nivel 2 es definitiva. La notificación por escrito que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará cómo averiguar el monto en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones posteriores al nivel 2 (lo cual representa un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar con el nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto se encuentran en la notificación por escrito que recibió después de su apelación de nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo trata la apelación de nivel 3. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por atención médica?

Si desea solicitarnos que paguemos la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este libro: *Cómo solicitar que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.* El Capítulo 7 describe las situaciones en las que posiblemente necesite solicitar un reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor. También se explica cómo enviarnos los documentos en los que se nos solicita que realicemos el pago.

Al solicitar un reembolso, nos pide que tomemos una decisión de cobertura

Si nos envía los documentos en los que solicita un reembolso, usted nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, haremos las averiguaciones correspondientes para determinar si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*). Además, haremos las averiguaciones correspondientes para determinar si usted siguió todas las reglas para el uso de la cobertura de atención médica (estas reglas se detallan en el Capítulo 3 de este libro: *Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica en el plazo de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. O bien, si no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (Cuando enviamos el pago, es lo mismo que darle una respuesta *positiva* con respecto a su solicitud de decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* siguió todas las reglas, no le enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta en la que se le informe que no pagaremos los servicios y las razones detalladas por las que no lo haremos. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que darle una respuesta *negativa* con respecto a su solicitud de decisión de cobertura).

¿Qué sucede si usted solicita el pago y nosotros nos negamos a pagar?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de negarnos a pagar, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Consulte dicha sección para ver las instrucciones detalladas. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación de reembolso, debemos proporcionarle nuestra respuesta en el plazo de los 60 días calendario posteriores a haber recibido su apelación. (Si nos solicita un reembolso por atención médica que ya ha recibido y pagado, usted no puede solicitar una apelación rápida).

- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es positiva en cualquier etapa del proceso de apelaciones posterior al nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Ha leído la Sección 4 de este Capítulo *(Una guía sobre "los elementos fundamentales" de las decisiones de cobertura y apelaciones)*? De no ser así, le recomendamos que la lea antes de comenzar esta sección.

Sección 6.1 Esta sección brinda información sobre qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le realicemos un reembolso por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para tener cobertura, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3, para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente utilizamos el término "medicamento" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D" cada vez.
- Para obtener detalles acerca de a lo que nos referimos con medicamentos de la Parte D, *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, reglas y restricciones en la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 *(Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D)* y el Capítulo 6 *(Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D).*

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la Parte D

Según lo analizado en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D, se denomina una **"determinación de cobertura".**

Los siguientes son ejemplos de decisiones de cobertura que nos puede solicitar sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, entre las que se incluyen:
  - Solicitarnos la cobertura de un medicamento de la Parte D que no se encuentra en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
  - Solicitarnos que no apliquemos una restricción en la cobertura que brinda el plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener)
  - Solicitarnos pagar un monto menor de participación en los costos para un medicamento no preferido cubierto
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple con alguna regla de cobertura aplicable. (Por ejemplo, cuando su medicamento se encuentra en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero le exigimos que obtenga aprobación nuestra antes de que lo cubramos para usted).
  - *Tenga en cuenta:* Si la farmacia le informa que su medicamento recetado no se puede surtir como está escrito, recibirá una notificación por escrito que le explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Usted nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud de decisión de cobertura acerca de un pago.

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

Esta sección brinda información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el siguiente cuadro para determinar qué parte contiene información sobre su situación:

¿En qué situación se encuentra?

¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una restricción o regla a un medicamento que cubrimos?	¿Desea que cubramos un medicamento de la Lista de medicamentos y usted cree reunir las reglas o restricciones del plan (como obtener la aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?	¿Desea solicitar un reembolso de nuestra parte por un medicamento que ya ha recibido y por el que ya ha pagado?	¿Ya le informamos que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la forma en que usted desea que sea cubierto o pagado?
Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Comience por la **Sección 6.2** de este capítulo.	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Pase a la **Sección 6.4** de este capítulo.	Puede solicitarnos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Pase a la **Sección 6.4** de este capítulo.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está solicitando que volvamos a considerarlo). Pase a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto como a usted le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De forma similar a otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicite una excepción, será necesario que su médico u otro médico que recete expliquen los motivos médicos por los cuales deberíamos aprobar la excepción. Después de eso, consideraremos su solicitud. Los siguientes son tres ejemplos de excepciones que puede pedirnos usted, su médico u otro médico que recete:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no se encuentra en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.** (Para abreviar, la llamamos "Lista de medicamentos").

Términos legales
Solicitar cobertura de un medicamento que no se encuentra en la Lista de medicamentos se denomina, algunas veces, solicitar una **"excepción del formulario".**

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de participación en los costos que se aplica a los medicamentos en el nivel 4, el nivel de Medicamentos no preferida. No puede solicitar una excepción del monto de copago o coseguro que requerimos que pague por el medicamento.

2. **Cómo eliminar una restricción en nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales
Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento se denomina, algunas veces, solicitar una **"excepción del formulario".**

- Entre las reglas o restricciones adicionales sobre cobertura para ciertos medicamentos se incluye:
  - *Exigirle que utilice la versión genérica* de un medicamento en lugar de utilizar el medicamento de marca.
  - *Obtener aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Algunas veces, esto se denomina "autorización previa").
  - *Exigirle primero que pruebe un medicamento diferente* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (Algunas veces, esto se denomina "terapia escalonada").
  - *Límites de cantidad.* Para algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad del medicamento que puede tener.

- Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción para usted, puede solicitar una excepción a la cantidad de copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de participación en los costos.** Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos se encuentra en uno de los 5 niveles de participación en los costos. En general, cuanto más bajo sea el número del nivel de participación en los costos, menor será la parte que le corresponda pagar del costo del medicamento.

Términos legales
Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto se denomina, algunas veces, solicitar una **"excepción de nivel".**

- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de participación en los costos de ningún medicamento por uno del nivel 5, nivel de medicamentos especializados.

Sección 6.3 Datos importantes sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro médico que recete deben proporcionarnos una declaración que explique los motivos médicos de la solicitud de una excepción. Para obtener una decisión más rápida, cuando solicite una excepción, incluya esta información médica provista por su médico u otro médico que recete.

Generalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no provocara más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si usted solicita una excepción de nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción, salvo que todos los medicamentos alternativos del nivel más bajo de participación en los costos no funcionen del mismo modo para usted.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación, por lo general, es válida hasta fines del año del plan. Esto es válido siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y este continúe siendo seguro y efectivo para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. La Sección 6.5 brinda información sobre cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le informa cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4 Instrucciones detalladas: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción

Paso 1: Usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere de una respuesta rápida, debe solicitarnos una "decisión de cobertura rápida". No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos por un medicamento que ya compró.

Qué debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir o enviarnos un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro médico que recete) pueden hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D*. De lo contrario, si nos solicita un reembolso por un medicamento, consulte la sección denominada *Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que ha recibido.*
- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo brinda información sobre cómo puede proporcionar autorización por escrito para que alguien actúe como su representante. Además, puede tener un abogado que actúe en su nombre.

- **Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento,** comience por leer el Capítulo 7 de este libro: *Cómo solicitar que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.* El Capítulo 7 describe las situaciones en las que posiblemente necesite solicitar un reembolso. Además, informa cómo enviarnos los documentos en los que nos solicita que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que ya ha pagado.
- **Si está solicitando una excepción, proporcione la "declaración de respaldo".** Su médico u otro médico que recete deben proporcionarnos los motivos médicos de la excepción del medicamento que está solicitando. (A esto lo denominamos "declaración de respaldo"). Su médico u otro médico que recete pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien, su médico u otro médico que recete pueden informarnos por teléfono y luego enviar por fax o por correo una declaración por escrito, si es necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar toda solicitud escrita,** inclusive una solicitud presentada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), el cual se encuentra disponible en nuestro sitio web.
- Las solicitudes de cobertura relacionadas con medicamentos recetados también pueden presentarse electrónicamente en nuestro sitio web, en www.cigna.com/medicare/resources/2018-customer-forms.

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina **"determinación de cobertura acelerada".**

Si su salud lo requiere, solicítenos que le brindemos una "decisión de cobertura rápida"

- Cuando le demos a conocer nuestra decisión, utilizaremos los plazos "estándares", a menos que hayamos acordado utilizar los plazos "rápidos". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita un *medicamento que aún no ha recibido.* (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos por un medicamento que ya compró).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándares podría *causar daños graves a su salud o dañar su capacidad para desempeñarse.*
- **Si su médico u otro médico que recete nos informan que su salud requiere de una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otro médico que recete), decidiremos si su salud requiere que le proporcionemos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta informándole al respecto (y, en su lugar, utilizaremos los plazos estándares).
  - Esta carta le informará que si su médico u otro médico que recete solicitan la decisión de cobertura rápida, automáticamente le proporcionaremos una decisión de cobertura rápida.
  - Además, la carta le indicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le informa cómo presentar una "queja rápida", lo que significa que obtendría nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas después de haberla recibido. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

<u>Paso 2:</u> Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas.**
  - Generalmente, esto quiere decir que lo haremos en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le daremos una respuesta más pronto si así lo requiere su salud.

- Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el nivel 2 de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es positiva con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado brindarle en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestro rechazo. También le diremos cómo apelar.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" acerca de un medicamento que aún no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas**.
  - Generalmente, esto quiere decir que lo haremos en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le daremos una respuesta más pronto si así lo requiere su salud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado brindarle **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestro rechazo. También le diremos cómo apelar.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" sobre su pago por un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en el plazo de 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos realizarle el pago en el plazo de 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestro rechazo. También le diremos cómo apelar.

<u>Paso 3:</u> Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos (y posiblemente cambiemos) la decisión que hemos tomado.

Sección 6.5 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina una "**nueva determinación"** del plan.

<u>Paso 1:</u> Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación de nivel 1. Si su salud requiere de una respuesta rápida, usted debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué debe hacer

- **Para comenzar su apelación, usted (o su representante, médico u otro médico que recete) debe comunicarse con nosotros.**

- Para obtener detalles sobre cómo contactarnos por teléfono, fax o correo o por medio de nuestro sitio web, por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.*

- **Si solicita una apelación estándar, realice dicha apelación al presentar una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que figura en el Capítulo 2, Sección 1 *(Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D).*
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos al número telefónico que figura en el Capítulo 2, Sección 1** *(Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D).*
- **Debemos aceptar toda solicitud escrita,** inclusive una solicitud presentada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), el cual se encuentra disponible en nuestro sitio web.
- Las solicitudes de cobertura relacionadas con medicamentos recetados también pueden presentarse electrónicamente en nuestro sitio web, en www.cigna.com/medicare/resources/2018-customer-forms.
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en la notificación por escrito que le enviamos para informarle sobre nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si deja pasar este plazo y tiene un buen motivo para hacerlo, es posible que le proporcionemos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buen motivo para no cumplir el plazo pueden ser que tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información errónea o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
  - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. Estamos autorizados a cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.
  - Si lo desea, usted y su médico u otro médico que recete pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina **“nueva determinación acelerada”.**

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro médico que recete deberán decidir si usted necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisemos su apelación, leeremos detenidamente otra vez toda la información sobre su solicitud de cobertura. Lo hacemos para ver si cumplimos con todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Podemos comunicarnos con usted o su médico u otro médico que recete para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta más pronto si así lo requiere su salud.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar en un plazo de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestro rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud requiere que así lo hagamos. Si cree que su salud lo requiere, debe solicitar una "apelación rápida".
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos brindar tan rápido como así lo requiera su salud, **a más tardar, 7 días calendario** después de recibir su apelación.
  - Si aprobamos una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa con respecto a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestro rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

<u>Paso 3:</u> Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, entonces usted elige si acepta esta decisión o presenta otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al nivel 2 del proceso de apelaciones (véase a continuación).

Sección 6.6 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 2

Si rechazamos su apelación, entonces usted elige si acepta esta decisión o presenta otra apelación. Si decide continuar con una apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es la **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces, se la denomina **"IRE".**

<u>Paso 1:</u> Para presentar una apelación de nivel 2, usted (o su representante, médico u otro médico que recete) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de nivel 1, la notificación por escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones informarán quién puede presentar esta apelación de nivel 2, los plazos que debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se denomina "expediente del caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.** Estamos autorizados a cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a brindarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.

<u>Paso 2:</u> La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que usted tiene con nosotros.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinarán atentamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y explicará los motivos de tal decisión.

Plazos para la "apelación rápida" de nivel 2

- Si su salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una "apelación rápida".

- Si la organización de revisión acepta proporcionarle una "apelación rápida", esta debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos que la organización de revisión aprobó **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión que tomó la organización de revisión.

Plazos para la "apelación estándar" de nivel 2

- Si tiene una apelación estándar de nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionarle la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión que tomó la organización de revisión.
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que usted ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión que tomó la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, quiere decir que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina "mantener la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").

Si la Organización de Revisión Independiente "mantiene la decisión", usted tiene derecho a una apelación de nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando debe cumplir con un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del nivel 2 es definitiva. La notificación que obtiene de la Organización de Revisión Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con el requisito, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones posteriores al nivel 2 (lo cual representa un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar con el nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles de cómo hacerlo se encuentran en la notificación por escrito que recibió después de su segunda apelación.
- Un juez de derecho administrativo trata la apelación de nivel 3. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización como paciente internado durante más tiempo si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando es ingresado en un hospital, usted tiene derecho a obtener todos sus servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones en esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este libro: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar).*

Durante su estadía hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Además, ayudarán a coordinar la atención que usted necesite después del alta.

- El día en que usted abandona el hospital se denomina su **"fecha de alta".**
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo harán saber.
- Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía hospitalaria más larga, y su solicitud será evaluada. Esta sección brinda información sobre cómo solicitarlo.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, usted recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informará sus derechos

Durante su estadía hospitalaria cubierta, usted recibirá una notificación por escrito denominada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben un ejemplar de esta notificación cuando ingresan en un hospital. Alguna persona del hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermera) debe entregársela en el plazo de los dos días de su ingreso. Si no recibe la notificación, pídala a un empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a los Servicios de atención al miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea esta notificación atentamente y haga preguntas si no la comprende.** Le brinda información sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos los siguientes:
   - Su derecho de recibir los servicios cubiertos por Medicare durante su estadía hospitalaria y después de esta, según lo indicó su médico. Esto incluye el derecho de saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde los puede obtener.
   - Su derecho de participar en cualquier decisión sobre su estadía hospitalaria y saber quién la pagará.
   - Dónde informar sus inquietudes sobre la calidad de la atención hospitalaria.
   - Su derecho a apelar la decisión de ser dado de alta si cree que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

   Términos legales

   La notificación por escrito de Medicare le informa cómo puede **"solicitar una revisión inmediata".** Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar un retraso en su fecha de alta para que así cubramos su atención en el hospital durante más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le informa cómo puede solicitar una revisión inmediata).
2. **Usted debe firmar la notificación para indicar que la recibió y que comprende sus derechos.**
   - Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar la notificación. (La Sección 4 de este capítulo brinda información sobre cómo puede proporcionar autorización por escrito para que alguien actúe como su representante).
   - El hecho de firmar la notificación *solo* indica que recibió la información sobre sus derechos. La notificación no proporciona su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta). Al firmar la notificación, usted ***no*** **indica** que está de acuerdo con la fecha de alta.
3. **Conserve su ejemplar** de la notificación firmada de manera que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o cómo informar una inquietud sobre la calidad de la atención), en caso de que la necesite.
   - Si usted firma la notificación más de dos días antes de su fecha de alta, recibirá otro ejemplar antes de que programen su alta.
   - Para examinar un ejemplar de esta notificación por adelantado, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en Internet en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 7.2 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 1 para modificar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente internado durante un período más prolongado, necesitará utilizar el proceso de apelaciones para presentar su solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y respetar los plazos que se aplican a lo que debe hacer.

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). O bien, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Realiza una verificación para determinar si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada en su caso.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad para su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar de manera rápida.

¿Qué es una Organización para la mejora de la calidad?

- Es una organización conformada por un grupo de médicos y de otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no pertenecen a nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que controle y ayude a mejorar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital de las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación que recibió por escrito *(Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)* le indica cómo comunicarse con esta organización. (O bien, puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este libro).

Actúe de manera rápida:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad antes de abandonar el hospital y **antes de su fecha de alta planificada**. (Su "fecha de alta planificada" es la fecha que se ha establecido para que usted abandone el hospital).
  - Si cumple con este plazo, se le permite permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión acerca de su apelación que tomará la Organización para la mejora de la calidad.
  - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.
- Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una "revisión rápida":

- Debe solicitarle a la Organización para la mejora de la calidad una **"revisión rápida"** de su alta. Solicitar una "revisión rápida" significa que le pide a la organización que utilice los plazos "rápidos" para una apelación, en lugar de utilizar los plazos estándares.

Términos legales
Una **"revisión rápida"** también se denomina **"revisión inmediata"** o **"revisión acelerada".**

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (para abreviar los llamaremos "los revisores") le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que prepare algo por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también observarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos brindado.

- Antes del mediodía del día después de que los revisores hayan informado a nuestro plan acerca de su apelación, usted también recibirá una notificación por escrito que proporciona su fecha de alta planificada y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Términos legales
Esta explicación por escrito se denomina **"Notificación detallada del alta".** Puede obtener un modelo de esta notificación llamando al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O también puede consultar un modelo de la notificación en Internet en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Paso 3: En el plazo de un día después de haber recopilado toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará una respuesta con respecto a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es positiva?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **debemos seguir proporcionando sus servicios hospitalarios para paciente internado cubiertos, siempre que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que continuar pagando su parte de los costos (tal como deducibles o copagos, si estos se aplican). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este libro).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, eso significa que su fecha de alta planificada es médicamente adecuada. Si esto sucede, **la cobertura para los servicios hospitalarios para paciente internado finalizará** al mediodía del día *después* de que la Organización para la mejora de la calidad le da la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al que la Organización para la mejora de la calidad le da la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad ha rechazado su apelación *y* usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que su apelación pasa al "nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 2 para modificar su fecha de alta del hospital

Si la Organización para la mejora de la calidad ha rechazado su apelación *y* usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces puede presentar una apelación de nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, usted le solicita a la Organización para la mejora de la calidad que vuelva a considerar la decisión que tomaron con respecto a la primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta planificada.

A continuación se detallan los pasos del nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la Organización para la mejora de la calidad y le solicita que realice otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** a partir del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó la cobertura para su atención.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad volverán a examinar atentamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de haber recibido su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la decisión que tomó la organización de revisión es positiva:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para paciente internado mientras sea médicamente necesaria.**
- Usted debe continuar pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura.

Si la decisión que tomó la organización de revisión es negativa:

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a su apelación de nivel 1 y no la modificarán. Esto se denomina "mantener la decisión".
- La notificación que reciba le informará, por escrito, lo que puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le ofrecerá los detalles sobre cómo pasar al próximo nivel de apelación, el cual está a cargo de un juez.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones posteriores al nivel 2 (lo cual representa un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de nivel 2, puede decidir aceptar esa decisión o seguir con el nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, un juez revisará su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se le pasa el plazo para presentar su apelación de nivel 1?

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, a fin de iniciar su primera apelación sobre el alta del hospital. ("Rápidamente" significa antes de que abandone el hospital y sin superar su fecha de alta planificada). Si se le pasa el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra forma de presentar su apelación.

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

Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentar una apelación ante nosotros solicitando una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina **"apelación acelerada".**

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener detalles acerca de cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica.*
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida".** Esto significa que usted nos está solicitando que le demos una respuesta utilizando los plazos "rápidos" y no los plazos "estándares".

Paso 2: Realizamos una "revisión rápida" de su fecha de alta planificada, comprobando si era médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información sobre su estadía hospitalaria. Realizamos una verificación para determinar si su fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Realizaremos una verificación para determinar si la decisión sobre la fecha en que debía abandonar el hospital era justa y si se siguieron todas las reglas.
- En esta situación, utilizaremos los plazos "rápidos" en lugar de los estándares para darle la respuesta acerca de esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos la decisión en un plazo de 72 horas después de que usted solicite una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** esto significa que estamos de acuerdo con usted en que todavía necesita quedarse en el hospital después de la fecha de alta, y seguiremos proporcionándole sus servicios hospitalarios para paciente internado cubiertos mientras sean médicamente necesarios. Esto también significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** eso significa que consideramos que la fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para paciente internado finaliza a partir del día que dijimos que finalizaría.
  - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta planificada, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarse de que estamos siguiendo todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, significa que usted pasará *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Instrucciones detalladas: Proceso para apelación *alternativa* de nivel 2

Si rechazamos su apelación de nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente"**. A veces, se la denomina **"IRE".**

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información para su apelación de nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si usted cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo brinda información sobre cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñarse como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinarán atentamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde su fecha de alta planificada. Además, debemos continuar la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para paciente internado mientras sean médicamente necesarios. Usted debe continuar pagando la parte que le corresponde de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, se podría limitar el monto que le reembolsaríamos o el tiempo que seguiríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** esto significa que la organización está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta del hospital planificada era médicamente adecuada.
  - La notificación que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le ofrecerá los detalles sobre cómo pasar a la apelación de nivel 3, la cual está a cargo de un juez.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones posteriores al nivel 2 (lo cual representa un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted decide si quiere aceptar su decisión o continuar con el nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata únicamente sobre tres servicios:* servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada o de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)

Esta sección trata *únicamente* sobre los siguientes tipos de atención:

- **Los servicios de atención médica domiciliaria** que recibe.
- **La atención de enfermería especializada** que recibe como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para obtener más información sobre los requisitos para que una instalación sea considerada "centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **La atención de rehabilitación** que recibe como paciente ambulatorio en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que obtiene tratamiento para una enfermedad o un accidente, o se está recuperando de una operación grave. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención médica, usted tiene el derecho de seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención siempre que esta sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida su parte del costo y todas las limitaciones en la cobertura que se pueden aplicar, consulte el Capítulo 4 de este libro: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar).*

Cuando decidimos que es momento de interrumpir la cobertura de cualquiera de estos tres tipos de atención médica para usted, debemos informárselo con anticipación. Cuando finaliza su cobertura para esa atención médica, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.*

Si usted cree que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección brinda información sobre cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

1. **Usted recibe una notificación por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención médica, usted recibirá una notificación.
   - La notificación por escrito le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención médica.
   - Además, en la notificación por escrito se le informa lo que puede hacer si desea solicitarle a nuestro plan que cambie esta decisión sobre cuándo finalizar su atención médica y que continúe cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales
Respecto a lo que puede hacer, la notificación por escrito le informa cómo puede solicitar una **"apelación de seguimiento rápido".** Solicitar una apelación de seguimiento rápido es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura respecto a cuándo interrumpir su atención. (La Sección 8.3 a continuación, le informa cómo puede solicitar una apelación de seguimiento rápido). La notificación por escrito se denomina **"Notificación de no cobertura de Medicare".** Para obtener un ejemplar de modelo, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver un ejemplar en Internet, en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html

2. **Usted debe firmar la notificación por escrito para indicar que la recibió.**

- Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar la notificación. (La Sección 4 brinda información sobre cómo puede proporcionar autorización por escrito para que una persona actúe como su representante).
- El hecho de firmar la notificación *solo* indica que recibió la información sobre cuándo se interrumpirá su cobertura. **Firmarla no significa que usted está de acuerdo** con el plan en que es el momento de dejar de recibir la atención médica.

Sección 8.3 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más prolongado

Si desea solicitarnos que cubramos su atención médica durante un período más prolongado, necesitará utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y respetar los plazos que se aplican a lo que debe hacer. Además, existen plazos que nuestro plan debe respetar. (Si usted cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo brinda información sobre cómo presentar una queja).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). O bien, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si solicita una apelación de nivel 1 a tiempo, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si cambia la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar de manera rápida.

¿Qué es una Organización para la mejora de la calidad?

- Es una organización conformada por un grupo de médicos y de otros expertos de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no pertenecen a nuestro plan. Verifican la calidad de la atención médica que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió le informa cómo comunicarse con esta organización. (O bien, puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este libro).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización que realice una "apelación de seguimiento rápido" (una revisión independiente) para determinar si es médicamente adecuado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación *antes del mediodía del día después de que haya recibido la notificación por escrito que le informa cuándo dejaremos de cubrir su atención médica.*
- Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente a nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (para abreviar los llamaremos "los revisores") le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que prepare algo por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también observará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha brindado.

- Para el final del día los revisores nos informan acerca de su apelación, y también recibirá nuestra notificación por escrito que le explica en detalle las razones para finalizar nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta notificación explicativa se denomina la **"Explicación detallada de no cobertura".**

Paso 3: En el plazo de un día después de que tengan toda la información necesaria, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos continuar proporcionando sus servicios cubiertos siempre que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que continuar pagando su parte de los costos (tal como deducibles o copagos, si estos se aplican). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este libro).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos informado**. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención médica a partir de la fecha que figura en la notificación.
- Si decide continuar obteniendo los servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada o de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha cuando su cobertura termina, entonces **tendrá que pagar usted mismo el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que presenta corresponde al "nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de nivel 1, y usted decide seguir recibiendo atención médica después de que finalice la cobertura de la atención, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que su apelación pasa al "nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más prolongado

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación y usted decide seguir recibiendo atención médica después de que finalice la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, usted le solicita a la Organización para la mejora de la calidad que vuelva a considerar la decisión que tomaron con respecto a la primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo completo por su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que le comunicamos que finalizaría su cobertura.

A continuación se detallan los pasos del nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la Organización para la mejora de la calidad y le solicita que realice otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si sigue recibiendo atención médica después de la fecha en que finaliza la cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad volverán a examinar atentamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de haber recibido su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir proporcionando cobertura** para su atención mientras sea médicamente necesaria.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos con respecto a su apelación de nivel 1 y no la modificarán.
- La notificación que reciba le informará, por escrito, lo que puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le ofrecerá los detalles sobre cómo pasar al próximo nivel de apelación, el cual está a cargo de un juez.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación posteriores al nivel 2, lo cual representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, puede decidir si desea aceptar esa decisión, o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, un juez revisará su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se le pasa el plazo para presentar su apelación de nivel 1?

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad a fin de iniciar su primera apelación (en un plazo de uno o dos días, como máximo). Si se le pasa el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Instrucciones detalladas: cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentar una apelación ante nosotros solicitando una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que utiliza plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

A continuación se detallan los pasos para una apelación alternativa de nivel 1:

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina **"apelación acelerada".**

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener detalles acerca de cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica.*
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida".** Esto significa que usted nos está solicitando que le demos una respuesta utilizando los plazos "rápidos" y no los plazos "estándares".

Paso 2: Realizamos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre cuándo interrumpir la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, examinamos nuevamente toda la información sobre su caso. Realizamos una verificación para determinar si cumplimos con todas las reglas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan para los servicios que recibía.
- Utilizaremos los plazos "rápidos" en lugar de los estándares para darle la respuesta acerca de esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos la decisión en un plazo de 72 horas después de que usted solicite una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aprobamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita servicios por un período más prolongado y continuaremos proporcionando sus servicios cubiertos mientras sea médicamente necesario. Esto también significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura).

- **Si rechazamos su apelación rápida,** su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de dicha fecha.
- Si continuó recibiendo los servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada o de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura, entonces **tendrá que pagar usted mismo el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso irá *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que estamos siguiendo todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente"**. Cuando hacemos esto, significa que usted pasará *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Instrucciones detalladas: Proceso para apelación *alternativa* de nivel 2

Si rechazamos su apelación de nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces, se la denomina **"IRE".**

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información para su apelación de nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si usted cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo brinda información sobre cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñarse como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinarán atentamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir proporcionando cobertura para su atención mientras sea médicamente necesaria. Usted debe continuar pagando la parte que le corresponde de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, se podría limitar el monto que le reembolsaríamos o el tiempo que seguiríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** eso significa que la organización está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan sobre su primera apelación y no la modificará.
  - La notificación que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo continuar con una apelación de nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación posteriores al nivel 2, lo cual representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, puede decidir si desea aceptar esa decisión o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, un juez revisará su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y a los niveles superiores

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de servicio médico

Esta sección puede ser adecuada en su caso si ha presentado una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta por escrito que recibe para su apelación de nivel 2 explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. A continuación se presenta quién trata la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 **Un juez que trabaja para el Gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta. Este juez se denomina "Juez de derecho administrativo".

- **Si el Juez de derecho administrativo acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no haber* terminado.** Nosotros decidiremos si apelaremos esta decisión para que pase al nivel 4. A diferencia de una decisión de nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con todos los documentos anexos. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- **Si el Juez de derecho administrativo rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no haber* terminado.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de derecho administrativo rechaza su apelación, la notificación que reciba usted le informará qué hacer a continuación si elige seguir con su apelación.

Apelación de nivel 4 El **Consejo de Apelaciones** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones trabaja para el gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo de Apelaciones rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* o *no haber* terminado.** Nosotros decidiremos si apelaremos esta decisión para que pase al nivel 5. A diferencia de una decisión de nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de nivel 4 que sea favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo de Apelaciones.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* o *no haber* terminado.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones rechaza su apelación, la notificación que reciba le informará si las reglas le permiten continuar con la apelación de nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, la notificación por escrito también le informará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si elige continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones administrativas.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada en su caso si ha presentado una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que ha apelado cumple con cierto monto en dólares, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que recibe para su apelación de nivel 2 explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. A continuación se presenta quién trata la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 **Un juez que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta. Este juez se denomina "Juez de derecho administrativo".

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelaciones termina.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Juez de derecho administrativo **en el plazo de las 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar un pago antes de transcurridos los 30 días calendario** después de que hayamos recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no haber* terminado.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de derecho administrativo rechaza su apelación, la notificación que reciba usted le informará qué hacer a continuación si elige seguir con su apelación.

Apelación de nivel 4 El **Consejo de Apelaciones** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones trabaja para el gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelaciones termina.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo de Apelaciones **en el plazo de las 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar un pago antes de transcurridos los 30 días calendario** después de que hayamos recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no haber* terminado.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones rechaza su apelación o su solicitud para revisar la apelación, en la notificación que obtenga se le informará si las normas le permiten continuar con la apelación de nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, la notificación por escrito también le informará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si elige continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente u otras inquietudes

Si su problema se trata de decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pago, entonces esta sección *no es para usted*. En cambio, necesita utilizar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan mediante el proceso de quejas?

Esta sección explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas *únicamente*. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y

el servicio de atención al cliente que recibe. Los siguientes son ejemplos de los tipos de problemas que se tratan mediante el proceso de quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención médica que ha recibido (incluso la atención médica en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que cree que debería ser confidencial?
Falta de respeto, servicio de atención al cliente malo u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido grosero o le faltó el respeto? • ¿No está conforme con la manera en que lo ha tratado nuestro personal del Servicio de Atención al Cliente? • ¿Cree que ha sido alentado para abandonar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para obtener una cita o espera demasiado para obtenerla? • ¿Médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar demasiado? o bien, ¿por nuestro personal del Servicio de Atención al Cliente u otro personal del plan? ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, cuando obtiene un medicamento recetado o en el consultorio médico.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o las condiciones de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Cree que no le proporcionamos una notificación que es obligatorio que hagamos? • ¿Cree que la información por escrito que le proporcionamos es difícil de comprender?
Cumplimiento de plazos (Estos tipos de quejas están todos relacionados con el carácter oportuno de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones)	El proceso de solicitud de una decisión de cobertura y presentación de apelaciones se explica en las secciones 4 a 9 de este capítulo. Si está solicitando una decisión o presentando una apelación, usted utiliza dicho proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación se presentan ejemplos: • Si nos ha solicitado una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", y nuestra respuesta fue negativa, puede presentar una queja. • Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para proporcionarle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que presentó, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle por ciertos medicamentos o servicios médicos, se aplican determinados plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con estos plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le proporcionamos una decisión a tiempo, debemos presentar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos en el plazo requerido, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para "presentación de una queja" es "presentación de una queja por agravios"

Términos legales
• Lo que en esta sección se denomina **"queja"** también se denomina **"queja por agravios".** • Otro término para **"presentación de una queja"** es **"presentación de una queja por agravios".** • Otra forma de decir **"utilización del proceso de quejas"** es **"utilización del proceso para presentar una queja por agravios".**

Sección 10.3 Instrucciones detalladas: presentación de una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros inmediatamente, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar al Servicio de Atención al Cliente.** Si hay algo más que necesita hacer, el Servicio de Atención al Cliente le informará. Llame al 1-800-668-3813, (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario es desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; sábado de 8 a.m. a 6 p.m., hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana después del horario laboral y en los feriados federales.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no está conforme), puede presentarnos su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- Presente su **queja por escrito** a la siguiente dirección: Cigna-HealthSpring, Attn: Member Grievances, P.O. Box 2888, Houston, TX 77252-2888 o puede enviar su queja por correo electrónico a: membergrievances@healthspring.com.

  Para las quejas por agravios estándar recibidas por escrito, le responderemos por escrito dentro de los 30 días calendario desde la recepción de su queja por escrito. Para quejas aceleradas por agravios, debemos decidir y notificarle dentro de las 24 horas. (consulte "queja rápida" más adelante).
- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente de inmediato.** La queja se debe presentar en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en que tuvo el problema sobre el cual desea quejarse.
- **Si está presentando una queja porque rechazamos su solicitud de "decisión de cobertura rápida" o "apelación rápida", automáticamente le proporcionaremos una "queja rápida".** Si tiene una "queja rápida", significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**

Términos legales
Lo que en esta sección se denomina **"queja rápida"** también se denomina **"queja acelerada por agravios".**

Paso 2: Investigamos su queja y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por una queja, es posible que podamos brindarle una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, eso haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en el lapso de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es por su propio beneficio, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (un total de 44 días) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja, o no asumimos la responsabilidad por el problema del cual se está quejando, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá los motivos de tal decisión. Debemos responder, ya sea si estamos de acuerdo con la queja o no.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención médica a la Organización para la mejora de la calidad

Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención médica que recibió ante nosotros utilizando el proceso detallado que se explicó anteriormente.

Cuando su queja se trata de la *calidad de la atención médica*, usted también cuenta con dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad.** Si prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención médica que recibió directamente a esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).

- La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para comprobar y mejorar la atención médica proporcionada a los pacientes de Medicare.
- Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad en su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4 de este libro. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos conjuntamente con ella para resolver su queja.

- **También puede presentar su queja a ambos al mismo tiempo.** Si desea, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención médica ante nosotros y, además, ante la Organización para la mejora de la calidad.

Sección 10.5 Además puede informar a Medicare sobre su queja

Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietudes, o si cree que el plan no está tratando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cómo finalizar su membresía en el plan

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 152
Sección 1.1 Este capítulo se centra en la finalización de su membresía en nuestro plan 152

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted finalizar su membresía en nuestro plan? 152
Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual 152
Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Período de solicitud de baja de inscripción anual en Medicare Advantage, pero sus opciones son más limitadas 152
Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial 153
Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? 153

SECCIÓN 3 ¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan? 154
Sección 3.1 Por lo general, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan 154

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 155
Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, usted todavía es miembro de nuestro plan 155

SECCIÓN 5 Cigna-HealthSpring debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones 155
Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan? 155
Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud 155
Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan 156

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la finalización de su membresía en nuestro plan

Finalizar su membresía en nuestro plan puede ser **voluntario** (su propia elección) o **involuntario** (no su propia elección):

- Podría abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo.
  - Existen solo ciertas épocas del año, o ciertas situaciones, en las que puede finalizar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 le brinda información sobre *cuándo* puede finalizar su membresía en el plan.
  - El proceso para finalizar voluntariamente su membresía varía dependiendo del tipo de cobertura nueva que está eligiendo. La Sección 3 le informa *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- Además, existen situaciones limitadas en las que usted no elige abandonar, sino que es necesario que finalicemos su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en que debemos finalizar su membresía.

Si abandona nuestro plan, debe seguir recibiendo su atención médica a través nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted finalizar su membresía en nuestro plan?

Puede finalizar su membresía en nuestro plan solo durante ciertas épocas del año, conocidas como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de solicitud de baja de inscripción anual en Medicare Advantage. En ciertas situaciones, usted también puede ser elegible para abandonar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede finalizar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también denominado "Período anual de elección coordinada"). En este período, usted debe revisar su cobertura de medicamentos y de salud, y tomar una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Tiene lugar del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de inscripción anual?** Puede optar por mantener su cobertura actual o realizarle cambios para el próximo año. Si decide pasarse a un nuevo plan, puede seleccionar cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no los cubra).
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
  - – *u* – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
    - **Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en una inscripción automática.

  Nota: Si da de baja su cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que deba pagar una sanción por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. ("Acreditable" significa que la cobertura se prevé que pague, en promedio, al menos una cantidad equivalente a la de la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la sanción por inscripción tardía.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Período de solicitud de baja de inscripción anual en Medicare Advantage, pero sus opciones son más limitadas

Usted tiene la oportunidad de realizar *un* cambio a su cobertura médica durante el **Período de solicitud de baja de inscripción anual en Medicare Advantage.**

- **¿Cuándo es el Período de solicitud de baja de inscripción anual en Medicare Advantage?** Esto se lleva a cabo todos los años desde el 1 de enero hasta el 14 de febrero.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de solicitud de baja de inscripción anual en Medicare Advantage?** Durante este período, puede cancelar su inscripción en el plan Medicare Advantage y cambiarse a Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, tiene hasta el 14 de febrero para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado para agregar cobertura de medicamentos.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes posterior a que obtengamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si además elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de nuestro plan pueden reunir los requisitos para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, usted es elegible para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; si desea obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov):
  - Generalmente, cuando se haya mudado.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si es elegible para obtener la "Ayuda adicional" con el pago de sus medicamentos recetados de Medicare.
  - Si violamos nuestro contrato con usted.
  - Si está recibiendo atención en una institución, como una residencia de ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC).
  - Si se inscribe en el programa de atención todo incluido para la tercera edad (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **¿Cuándo son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar su cobertura médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no los cubra).
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
  - – *u* – Original Medicare *sin un* plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
    - **Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en una inscripción automática.

  Nota: Si da de baja su cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante un período ininterrumpido de 63 días o más, es posible que deba pagar una sanción por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. ("Acreditable" significa que la cobertura se prevé que pague, en promedio, al menos una cantidad equivalente a la de la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la sanción por inscripción tardía.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Generalmente, su membresía finalizará el primer día del mes posterior a que se reciba su solicitud de cambio de su plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía:

- Puede llamar al **Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare y Usted 2018***.

- Todas las personas con Medicare reciben un ejemplar del manual *Medicare y Usted* cada otoño. Los nuevos usuarios de Medicare lo reciben en un plazo de un mes después de su primera inscripción.
- También puede descargar un ejemplar desde el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov). O bien, puede solicitar un ejemplar impreso, llamando a Medicare al número que aparece a continuación.

- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Por lo general, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan

Generalmente, para finalizar su membresía en nuestro plan, usted simplemente se inscribe en otro plan Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar ser dado de baja de nuestro plan. Existen dos maneras en las que puede solicitar ser dado de baja:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).
- — *o* — Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

  Nota: Si da de baja su cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante un período ininterrumpido de 63 días o más, es posible que deba pagar una sanción por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. ("Acreditable" significa que la cobertura se prevé que pague, en promedio, al menos una cantidad equivalente a la de la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la sanción por inscripción tardía.

En la tabla a continuación se explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si quisiera cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud Medicare. Automáticamente, se dará de baja su membresía en nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Automáticamente, se dará de baja su membresía en nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. ○ **Nota:** Si se da de baja en un plan de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que deba pagar una sanción por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la sanción por inscripción tardía.	• **Envíenos una solicitud por escrito para ser dado de baja.** Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro). • Además, puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que den de baja su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se le dará de baja de nuestro plan cuando comience su cobertura en Original Medicare.

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

Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, usted todavía es miembro de nuestro plan

Si abandona nuestro plan, es posible que transcurra cierto tiempo hasta que su membresía finalice y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este período, debe seguir recibiendo su atención médica y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar utilizando nuestras farmacias de la red para surtir sus medicamentos recetados hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Generalmente, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si se surten en una farmacia de la red, incluso mediante nuestros servicios de farmacias de pedido por correo.
- **Si es hospitalizado el día en que finaliza su membresía, por lo general, su estadía hospitalaria estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta** (incluso si le dan de alta después del comienzo de su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Cigna-HealthSpring debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

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

Cigna-HealthSpring debe finalizar su membresía en el plan ante cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Si usted ya no tiene la Parte A o B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicios.
- Si permanece fuera de nuestra área de servicios durante más de seis meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, necesita llamar al Servicio de Atención al Cliente para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este libro).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no tiene permanencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente o no revela información sobre otro seguro que tenga con cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos proporciona información incorrecta intencionalmente cuando se inscribe en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una forma perjudicial y nos dificulta proporcionarle atención médica para usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
  - Si finalizamos su membresía debido a este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector general investigue su caso.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a su ingreso y no lo pagó, Medicare finalizará su membresía en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o quisiera obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía:

- Puede llamar al **Servicio de Atención al Cliente** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este libro).

Sección 5.2 <u>No podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

No se le permite a Cigna-HealthSpring pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si siente que le están pidiendo que abandone nuestro plan debido a un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos de tal decisión. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja por agravios o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. Puede consultar el Capítulo 9, Sección 10, para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable 159

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 159

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 159

SECCIÓN 4 Aviso sobre la subrogación y recuperación de terceros 159

SECCIÓN 5 Informar fraude, pérdidas y abuso 160

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

Muchas leyes se aplican a esta *Constancia de cobertura,* y es posible que algunas disposiciones adicionales se apliquen porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y las reglamentaciones creadas conforme a esta ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, antecedentes de reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica. Todas las organizaciones que proporcionan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de cuidado de salud a bajo precio, todas las otras leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otro motivo.

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 de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Según las reglamentaciones de CMS en el Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), título 42 secciones 422.108, y 423.462, Cigna-HealthSpring, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que la Secretaría ejerce conforme a las reglamentaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del CFR título 42, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan a cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre la subrogación y recuperación de terceros

Si realizamos algún pago a usted o en su nombre por los servicios cubiertos (consulte el Capítulo 12 para obtener una definición), tenemos derecho a estar completamente subrogados (un principio legal que le permite al plan recibir un reembolso por ciertos pagos que efectuamos en su nombre, en determinadas circunstancias) a todos los derechos que tenga en contra de cualquier persona, entidad o asegurador que pueda ser responsable del pago de los gastos médicos o los beneficios relacionados con su lesión, enfermedad o afección. Tenemos derecho a ejercer los mismos derechos de subrogación y recuperación que están disponibles para el programa Medicare conforme a las normas de pagador secundario de Medicare. Podemos ejercer todo derecho de recuperación que esté disponible para el programa Medicare conforme al Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C) 42 § 1395mm(e)(4), U.S.C 42 §1395w-22(a)(4), Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, C.F.R) 42 parte 411 y C.F.R. 42 parte 422.

Una vez que hayamos realizado un pago por los servicios cubiertos, tendremos un gravamen en el importe de cualquier indemnización, liquidación u otra adjudicación o recuperación que usted pueda recibir o que pueda tener derecho a recibir, incluso, entre otros, lo siguiente:

1. Cualquier adjudicación, liquidación, beneficio u otro importe pagado conforme a la ley de compensación de los trabajadores o adjudicación;
2. Todos los pagos realizados directamente por o en nombre de un injuriador de terceros o persona, entidad o asegurador responsable de indemnizar al injuriador de terceros;
3. Toda adjudicación, pago, liquidación, liquidación estructurada u otros beneficios o importes pagados de arbitraje conforme a la política de cobertura para conductores no asegurados o asegurados por menos del valor real; o bien, cualquier otro pago designado, reservado o, de lo contrario, que se pretende que se le pague a usted como compensación, indemnización por su lesión, enfermedad o afección padecida como resultado de la negligencia o responsabilidad de un tercero.

Usted acepta colaborar con nosotros y con cualquiera de nuestros representantes designados, y tomar todas las medidas o pasos necesarios para asegurar su gravamen/intereses, incluso, entre otros, lo siguiente:

1. Responder completamente a las solicitudes de información sobre cualquier accidente o lesión;
2. Responder completamente a nuestras solicitudes de información y proporcionar cualquier información relevante que hayamos solicitado; y

3. Participar completamente en todas las fases de cualquier medida legal que pudiéramos necesitar para proteger nuestros derechos, incluso, entre otros, participar en el descubrimiento, asistir a declaraciones, comparecer y testificar en un juicio.

Además, usted acepta no hacer nada para afectar nuestros derechos, incluso, entre otros, designar cualquier derecho o causa de acción que pueda tener en contra de cualquier persona o entidad relacionada con su lesión, enfermedad o afección sin nuestro consentimiento previo por escrito. Su falta de colaboración será considerada un incumplimiento o violación de sus obligaciones y podemos iniciar cualquier acción legal disponible en su contra para proteger nuestros derechos.

También tenemos derecho a recibir un reembolso completo de todos los pagos de beneficios que realizamos a usted o en su nombre y que son responsabilidad de cualquier persona, organización o asegurador. Nuestro derecho de reembolso es separado de nuestro derecho de subrogación y está limitado solo por el importe de los beneficios reales pagados conforme al plan. Usted debe pagarnos inmediatamente todo importe que recupere mediante juicio, liquidación, adjudicación, recuperación o, de lo contrario, de cualquier tercero, o su asegurador, en la medida en que pagamos o proporcionamos beneficios para su lesión, enfermedad o afección durante su inscripción en este plan.

Nuestros derechos de subrogación y reembolso serán nuestra principal prioridad, a pagarse antes de cualquier otra reclamación. Nuestros derechos de subrogación y reembolso no se verán afectados, reducidos ni eliminados por la doctrina “hecha completa” ni por cualquier otra doctrina que pudiera aplicarse.

No estamos obligados a buscar la subrogación ni el reembolso de nuestro propio beneficio o en su nombre. Nuestros derechos conforme a esta *Constancia de cobertura* no se verán afectados, reducidos ni eliminados por nuestra falta de intervención en cualquier acción legal que usted inicie relacionada con su lesión, enfermedad o afección médica.

Si no está de acuerdo con alguna decisión o medida que tomemos en relación con las disposiciones de subrogación o recuperación de terceros explicadas anteriormente, debe seguir los procedimientos explicados en el Capítulo 9 de este libro: *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*).

SECCIÓN 5 Informar fraude, pérdidas y abuso

El fraude relacionado con la atención médica es una violación de las leyes federales y/o estatales. Si usted tiene información de o sospecha sobre un fraude de seguro de salud, infórmelo llamando a nuestra Línea Directa de Ética y Cumplimiento al 1-800-472-8348. No es obligatorio que se identifique cuando brinda la información. La línea directa es anónima.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro no se espera que exceda las 24 horas.

Período de inscripción anual: momento fijo cada otoño cuando los miembros pueden cambiar sus planes de medicamentos o de salud, o cambiarse a Original Medicare. El Período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Apelación: medida que usted toma si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud para cobertura de los servicios de atención médica o medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que cree que debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso para presentar una apelación.

Facturación del saldo: situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más que el monto de participación en los costos permitido por el plan. Como miembro de nuestro plan, usted solamente tiene que pagar los montos de participación en los costos de nuestro plan cuando obtiene los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le "facturen el saldo" ni que le cobren de otro modo más que el monto de la participación en los costos que su plan dice que usted debe pagar.

Período de beneficios: la forma en que Original Medicare mide su uso de los servicios del centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) y del hospital. Un período de beneficios comienza el día en que usted acude a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido ninguna atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si usted acude al hospital o centro de enfermería especializada luego de haber terminado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Medicamento de marca: medicamento recetado que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente lo investigó y desarrolló. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de principios activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, no están disponibles hasta después de que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Etapa de cobertura en situación catastrófica: la etapa en el Beneficio de medicamentos de la Parte D para los que usted abona un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado $5,000 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS): agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Coseguro: monto que se le puede exigir que pague como parte del costo por los servicios o medicamentos recetados. El coseguro generalmente es un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Queja: El nombre formal para "presentación de una queja" es "presentación de una queja por agravios". El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que usted reciba. Consulte también "Queja por agravios" en este listado de definiciones.

Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): centro que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y proporciona diversos servicios, incluidos terapia física, servicios psicológicos o sociales, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del lenguaje y el habla y servicios de evaluación del entorno hogareño.

Copago: monto que se le puede exigir que pague como parte del costo por un servicio médico o suministro, como la consulta al médico, la consulta ambulatoria en un hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo, más que un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar $10 o $20 por la consulta al médico o un medicamento recetado.

Participación en los costos: la participación en los costos se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. La participación en los costos incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto de "copago" fijo que un plan pueda requerir que se pague cuando se reciben medicamentos o servicios específicos; o (3) cualquier monto de "coseguro" que se debe pagar como porcentaje del monto total pagado por un medicamento o servicio recibido. Se puede aplicar una "tarifa diaria de participación en los costos" cuando su médico le prescribe un suministro para menos de un mes de determinados medicamentos y se requiere que usted pague un copago.

Nivel de participación en los costos: todo medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los 5 niveles de participación en los costos. En general, cuanto más alto sea el nivel de participación en los costos, más alto es su costo con respecto al medicamento.

Determinación de cobertura: decisión acerca de si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan, y el monto, si corresponde, que usted debe pagar por el medicamento recetado. En general, si lleva su receta a una farmacia y esta le informa que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman "decisiones de cobertura" en este libro. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: término que utilizamos para hacer referencia a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: término general que utilizamos para hacer referencia a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se prevé que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que cuentan con este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una sanción, si deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare posteriormente.

Atención de custodia: atención proporcionada en una residencia de ancianos, a través de un programa de atención para pacientes terminales o en otro centro cuando usted no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia es atención personal que puede ser ofrecida por personas que no tienen habilidad o capacitación profesional, por ejemplo, ayudar con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, levantarse o pararse de una cama o silla, moverse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Servicio de Atención al Cliente: departamento dentro de nuestro plan que es responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, agravios y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente.

Tarifa diaria de participación en los costos: se puede aplicar una "tarifa diaria de participación en los costos" cuando su médico le prescribe un suministro para menos de un mes completo de determinados medicamentos y se requiere que usted pague un copago. Una tarifa diaria de participación en los costos es el copago dividido por la cantidad de días en un suministro de un mes. Este es un ejemplo: Si el copago para un suministro de un mes de un medicamento es de $30, y el suministro de un mes de su plan es para 30 días, su "tarifa diaria de participación en los costos" es de $1 por día. Esto significa que usted paga $1 por cada día de suministro cuando surte su medicamento recetado.

Deducible: monto que debe pagar por atención médica o medicamentos recetados antes de que nuestro plan comience a pagar.

Dar de baja o desafiliarse: proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. El hecho de dar de baja la membresía puede ser voluntario (por propia decisión) o involuntario (por decisión ajena).

Tarifa de envío: tarifa cobrada cada vez que se expende un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir el medicamento recetado. La tarifa de envío cubre los costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar el medicamento recetado.

Equipo médico duradero (DME): determinado equipo médico que su médico solicita por razones médicas. Por ejemplo, caminadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores, o camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para utilizar en el hogar.

Emergencia: sucede una emergencia médica cuando usted, o cualquier otra persona que no sea profesional y tenga conocimientos promedio de salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica de inmediato para evitar la pérdida de vida, de una extremidad o del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor agudo o afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: incluye los siguientes servicios cubiertos: 1) los servicios proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) los servicios necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Constancia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) e Información sobre divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y otros adjuntos, cláusulas u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no se encuentra en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción del formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel más bajo de participación en los costos (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le solicita que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que usted está solicitando, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción del formulario).

Ayuda adicional: programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coseguros.

Medicamento genérico: medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) y que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento "genérico" tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y normalmente cuesta menos.

Queja por agravios: tipo de queja que usted realiza sobre nosotros o farmacias, incluidas las quejas con respecto a la calidad de su atención médica. Este tipo de queja no implica disputas sobre pagos o cobertura.

Asistente médico domiciliario: brinda servicios que no necesitan de las capacidades de un terapeuta o una enfermera con licencia, tal como la ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, ir al baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios recetados). Los asistentes médicos domiciliarios no cuentan con una licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

Centro de atención para pacientes terminales: Un miembro que tiene 6 meses de vida o menos tiene derecho a elegir un centro de atención para pacientes terminales. Nosotros, su plan, debemos brindarle una lista de los centros de atención para pacientes terminales de su área geográfica. Si usted elige un centro de atención para pacientes terminales y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede continuar recibiendo todos los servicios médicamente necesarios así como los beneficios suplementarios que ofrecemos. El centro de atención para pacientes terminales le brindará tratamiento especial para su estado.

Hospitalización como paciente internado: sucede cuando ha sido formalmente ingresado en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podría ser considerado un "paciente ambulatorio".

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si sus ingresos superan un cierto límite, usted deberá pagar un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso además de su prima del plan. Por ejemplo, las personas cuyo ingreso es mayor a $85,000 y los matrimonios con ingresos superiores a $170,000 deben pagar un monto de la prima de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y Parte B de Medicare (seguro médico) más elevado. Este monto adicional se denomina monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso. Resulta afectado menos del 5% de las personas con Medicare, por lo cual la mayoría no debe pagar una prima más alta.

Asociación de Médicos Independientes (Independent Physician Association, IPA): un grupo de médicos de atención primaria y especializada que trabajan juntos en la coordinación de sus necesidades médicas. Consulte el Capítulo 1, Sección 8.1, para obtener más información sobre las Asociaciones de Médicos Independientes (IPA).

Límite de cobertura inicial: límite máximo de cobertura conforme a la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa antes de que sus costos totales de medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que nuestro plan ha pagado en su nombre, hayan alcanzado los $3,750 durante el año.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo cuando se puede inscribir para la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Períodode inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes que cumpla 65 años, incluso el mes en que cumple 65, y finaliza 3 meses después del mes que cumplió 65 años.

Plan institucional de necesidades especiales (Institutional Special Needs Plan, SNP): plan de necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que residen de forma permanente o se espera que residan de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC). Estos centros LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF); centro de enfermería (nursing facility, NF); (SNF/NF); un centro de atención intermedia para personas con retraso mental (intermediate care facility for the mentally retarded, ICF/MR) y/o un centro psiquiátrico para pacientes internados. Un Plan institucional de necesidades especiales para atender residentes de Medicare de los centros LTC debe tener un arreglo contractual con (o ser propietario y operar) el centro LTC específico.

Plan institucional de necesidades especiales equivalente (SNP): Plan institucional de necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad, pero requieren un nivel institucional de atención basada en la evaluación del estado. La evaluación se debe realizar usando el mismo nivel estatal de la herramienta de evaluación de la atención y ser administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción a las personas que residen en un centro de vida asistida (assisted living facility, ALF) contratado, si es necesario garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): lista de medicamentos recetados 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 de marca como medicamentos genéricos.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte "Ayuda adicional".

Monto máximo directo: Lo máximo que paga de manera directa durante el año calendario por los servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos de la red. Los montos que paga por sus primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo directo. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2 para obtener información sobre su monto máximo directo.

Medicaid (o Medical Assistance): programa estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos para algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si reúne los requisitos para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6, para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Grupo médico: asociación de médicos de atención primaria (PCP), especialistas y/o proveedores auxiliares (tales como terapeutas y radiólogos) que el plan contrata para proporcionar atención médica como una unidad. Los grupos médicos pueden ser de especialidad única (p. ej., todos PCP) o de múltiples especialidades (p. ej., PCP y especialistas). Consulte el Capítulo 1, Sección 8.1, para obtener información sobre los grupos médicos.

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3, para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con las normas aceptadas de práctica médica.

Medicare: programa federal de seguros de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, quienes tienen insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un Plan de Costos Medicare, un Plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Período de solicitud de baja de Medicare Advantage: momento fijo cada año cuando los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan o cambiarse a Original Medicare. El Período de solicitud de baja de Medicare Advantage es desde el 1 de enero hasta el 14 de febrero de 2018.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces denominado Parte C de Medicare. Se trata de un plan ofrecido por una compañía privada que celebra un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un Plan Privado de Pago por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (Medical Savings Account, MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan, y no se pagan conforme a Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan planes **Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todas las personas que tengan la Parte A y Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con enfermedad renal en etapa terminal (salvo que se apliquen ciertas excepciones).

Plan de Costos Medicare: plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan médico competitivo (Competitive Medical Plan, CMP), conforme a un contrato de reembolso de costos, según la sección 1876(h) de la Ley.

Programa de descuento para período sin cobertura de Medicare: programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D, para los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de período sin cobertura

y que aún no reciban "Ayuda adicional". Los descuentos están basados en los acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos. Por este motivo, la mayoría de los medicamentos de marca, aunque no todos, tienen descuento.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluso nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de Costos de Medicare, los Programas piloto/de demostración y los Programas de atención todo incluido para la tercera edad (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Póliza "Medigap" (Seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para llenar los "vacíos" de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o "miembro del plan"): persona con Medicare que es elegible para obtener servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Farmacia de la red: una farmacia en donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Las denominamos "farmacias de la red" porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que utilizamos para referirnos a los médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y el estado para proporcionar servicios de atención médica. Los denominamos **"proveedores de la red"** cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago en su totalidad y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red según los acuerdos que tiene con ellos o si los proveedores acuerdan ofrecerle a usted servicios cubiertos por el plan. También podemos referirnos a los proveedores de la red como "proveedores del plan".

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los artículos o servicios están cubiertos o sobre el monto que usted tiene que pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman "decisiones de cobertura" en este libro. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Original Medicare ("Medicare tradicional" o Medicare "Pago por Servicio"): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Conforme a Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos por el pago de los montos que establece el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede visitar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde del monto aprobado por Medicare, y usted paga la suya. Original Medicare cuenta con dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explicó en esta Constancia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que usted obtiene de las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor o centro fuera de la red: proveedor o un centro con el que no hemos acordado coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados por nuestro plan, no pertenecen a nuestro plan ni son dirigidos por nuestro plan, o no tienen un contrato para proporcionarle servicios cubiertos a usted. La utilización de proveedores o centros fuera de la red se explica en este libro en el Capítulo 3.

Costos directos: consulte la definición de "participación en los costos" descrita anteriormente. También se hace referencia al requisito de participación en los costos de un miembro para que pague una parte de los servicios o medicamentos recibidos, como requisito de costos "directos" del miembro.

Plan PACE: un plan PACE (programa de atención todo incluido para la tercera edad) combina servicios médicos, sociales y de cuidados prolongados (LTC) para personas frágiles, con el fin de ayudarles a mantenerse independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia de ancianos) durante el mayor tiempo posible, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas a los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y de Medicaid a través de dicho plan.

Parte C: consulte "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D: programa voluntario de beneficios para medicamentos recetados de Medicare. (Para simplificar, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como Parte D).

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos conforme a la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte el formulario para obtener una lista específica de medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Sanción por inscripción tardía de la Parte D: monto que se agrega a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si está sin cobertura acreditable (cobertura que prevé que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período ininterrumpido de 63 días o más. Usted paga este monto mayor siempre que tenga un plan de medicamentos Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados, no pagará un sanción por inscripción tardía.

Participación en los costos preferida: participación en los costos preferida significa una participación en los costos menor para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en ciertas farmacias de la red.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado brindar tratamiento a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o fuera de ella. La participación en los costos del miembro será, por lo general, más alta cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en cuanto a los costos directos por los servicios recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor en cuanto a los costos directos combinados totales por los servicios recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Prima: pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para la cobertura de salud o medicamentos recetados.

Médico de atención primaria (PCP): es el médico u otro proveedor al que primero consulta para la mayoría de sus problemas de salud. Se asegura de que usted obtenga la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su médico de atención primaria antes de ver a otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1, para obtener información sobre los médicos de atención primaria.

Autorización previa: aprobación por adelantado para recibir servicios o ciertos medicamentos que pueden estar o no en nuestro formulario de medicamentos. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están indicados en el Cuadro de beneficios que se encuentra en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene "autorización previa" de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están indicados en el formulario.

Dispositivos protésicos y ortopédicos: dispositivos médicos recetados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: aparatos ortopédicos para brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para sustituir una parte interna o función del cuerpo, como suministros para ostomía, y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO): grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención médica proporcionada a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4, para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Límites de cantidad: herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

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

Área de servicios: área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía sobre la base del lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, generalmente también es el área donde puede recibir los servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede darle de baja si usted se muda permanentemente fuera del área de servicios del plan.

Atención en Centro de enfermería especializada (SNF): atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de forma diaria y continua en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de centro de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un médico o enfermero registrado.

Período de inscripción especial: momento fijo cuando los miembros pueden cambiar sus planes de medicamentos o de salud, o regresar a Original Medicare. Las situaciones en las cuales puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicios, si recibe “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a una residencia de ancianos o si nosotros violamos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda una atención médica más enfocada para grupos de personas específicos, como aquellos que cuentan con Medicare y Medicaid, que viven en una residencia de ancianos o que tienen algunas afecciones médicas crónicas.

Participación en los costos estándar: la participación en los costos estándar es una participación en los costos diferente a la participación en los costos preferida ofrecida en una farmacia de la red.

Terapia escalonada: herramienta de utilización que requiere que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.

Ingreso de seguridad suplementario (Supplemental Security Income, SSI): beneficio mensual pagado por el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que padecen discapacidad, ceguera o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia son proporcionados para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica de inmediato. Los servicios de urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red o fuera de la red, cuando los proveedores de la red no están disponibles o no puede acceder a ellos momentáneamente.

Notificación Contra la Discriminación: La Discriminación es Contra la Ley

Cigna-HealthSpring cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Cigna-HealthSpring no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Cigna-HealthSpring:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Customer Service al 1-800-668-3813, 8 a.m.– 8 p.m., 7 días de la semana.

Si considera que Cigna-HealthSpring no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Cigna-HealthSpring
Attn: Customer Grievances
PO Box 2888
Houston, TX 77252-2888
Teléfono: 1-800-668-3813 (TTY 711) Fax: 1-888-586-9946.

Puede presentar el reclamo escrito por correo postal o fax. Si necesita ayuda para hacerlo, Customer Service está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.
ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. Call 1-800-668-3813 (TTY 711), 8 a.m.–8 p.m., 7 days a week. ATENCIÓN: si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-668-3813 (TTY 711), 8 a.m.–8 p.m , 7 días de la semana. Cigna-HealthSpring tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato.

Multi-language Interpreter Services

English – ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge are available to you. Call **1-800-668-3813** (TTY 711).

Spanish – ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-668-3813** (TTY 711).

Chinese – 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-668-3813** (TTY 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese) – CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-668-3813** (TTY: 711).

French Creole – ATANSYON: Si w pale Kreyol Ayisyen, gen sevis ed pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-668-3813** (TTY: 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-668-3813** (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Polish – UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-800-668-3813** (TTY: 711).

French – ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposes gratuitement. Appelez le **1-800-668-3813** (ATS : 711).

Arabic - ملحوظة :إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان .اتصل برقم **1-800-668-3813** (رقم هاتف الصم والبكم 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-668-3813** (телетайп: 711).

Tagalog – PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-668-3813** (TTY: 711).

Farsi/Persian - توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد با **1-800-668-3813** (TTY:711) تماس بگیرید.

German – ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-668-3813** (TTY: 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-668-3813** (TTY: 711).

Italian – ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-668-3813** (TTY: 711).

Japanese – 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-800-668-3813** (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Navajo – Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'dęę', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojį' hódíílnih **1-800-668-3813** (TTY 711).

Gujarati – સૂચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો મન:શુ ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલ ધ છે. ફોન કરો **1-800-668-3813** (TTY: 711).

Urdu خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کال **1-800-668-3813** (TTY: 711.) ک

Servicio de Atención al Cliente de Cigna-HealthSpring

Medio	Servicio de Atención al Cliente - Información de contacto
TELÉFONO	1-800-668-3813 Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Atención al Cliente se encuentra disponible desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; sábado de 8 a.m. a 6 p.m., hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana después del horario laboral y en los feriados federales. El Servicio de Atención al Cliente cuenta también con servicio gratuito de intérprete de idiomas para aquellas personas que no hablan inglés.
TTY	711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Atención al Cliente se encuentra disponible desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; sábado de 8 a.m. a 6 p.m., hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana después del horario laboral y en los feriados federales.
FAX	1-888-766-6403
CORREO POSTAL	Cigna-HealthSpring, Attn: Member Services, P.O. Box 2888, Houston, TX 77252 LetUsHelpYou@healthspring.com
SITIO WEB	www.cignahealthspring.com

Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP)

Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP), es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare.

Medio	Información de contacto
TELÉFONO	1-800-252-3439
CORREO POSTAL	Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP), Texas Department of Insurance, P.O. Box 149104, Austin, TX 78714-9104
SITIO WEB	http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/

Declaración de divulgación sobre la Ley PRA En cumplimiento con la Ley de reducción de trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, no se le exige a ninguna persona que responda a la recopilación de información, excepto que exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto de los EE.UU. (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Tennessee, Inc., HealthSpring of Alabama, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc., y Bravo Health Pennsylvania, Inc. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.